VII kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 134)
z dnia 5 czerwca 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 134)

5 czerwca 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu oraz **Aleksander Sopliński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Kosiński** zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, **Roman Uhlig** doradca prezesa Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **Maciej Szustowicz** doradca w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Barbara Górska-Kulesza** ekspert w Zespole Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jerzy Karwowski** prezes Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie, **Zyta Kaźmierczak-Zagórska** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Marek Kiljański** prezes Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii wraz ze współpracownikami, **Maciej Krawczyk** i **Ernest Wiśniewski** członkowie Zarządu Głównego Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska, **Piotr Majcher** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji wraz ze współpracownikami oraz **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie panie i panów posłów. Witam panów ministrów, a szczególnie witam nowo wybranego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Dziękujemy, panie ministrze – bardzo byśmy prosili o zajęcie miejsc – za tę ustaloną niejako poza porządkiem obrad pewną procedurę zaprezentowania nowo wybranego prezesa. Bardzo się z tego cieszymy. Witam serdecznie współpracowników pana prezesa i wszystkich zaproszonych gości, przedstawicieli mediów.

Szanowni państwo, czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty. Panie ministrze, panie prezesie, oddaję panom głos. Traktuję to jako wstęp przed realizacją porządku obrad. Proszę uprzejmie.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Tak jest, panie przewodniczący. Korzystając z tego, że jest to pierwsze posiedzenie Komisji Zdrowia od powołania pana Tadeusza Jędrzejczyka na funkcję prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pozwoliliśmy sobie trochę zakłócić porządek obrad i przyjść tu przedstawić nowego, powołanego już prezesa NFZ, żeby mieli go państwo okazję poznać. Jeżeli będzie taka potrzeba, to na którymś z przyszłych posiedzeń Komisji już formalnie będzie można porozmawiać czy ustalić zasady państwa współpracy.

W tej chwili awansem, przed rozpoczęciem realizacji porządku obrad, prezentacja. Myślę, że pan prezes powie kilka zdań o sobie. My po kilkunastu minutach będziemy musieli odejść, ponieważ mamy jeszcze dzisiaj kilka spraw, ale zostaną pan minister Sopliński i pan prezes Teter, więc posiedzenie Komisji będzie mogło się toczyć. I wła-

śnie po to, żeby od samego początku była dobra współpraca z panem prezesem i NFZ, ta prezentacja. Jeśli można, oddałbym głos panu prezesowi, żeby kilka zdań powiedział.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Oczywiście, panie prezesie, witamy serdecznie. Myślę, że mogę to powiedzieć w imieniu całej Komisji, że bardzo gratulujemy i jednocześnie współczujemy, ponieważ mamy świadomość, jak trudna to jest materia, jak niewdzięczną rolę prezes NFZ musi czasem pełnić. Niewątpliwie pieniędzy w ochronie zdrowia wciąż jest za mało i pewnie ciągle będzie zbyt mało. Oczywiście liczymy na dobrą współpracę i częste wizyty pana prezesa osobiście na posiedzeniach Komisji. Panie prezesie, bardzo proszę powiedzieć kilka słów o sobie i ewentualnie, wstępnie, na temat wizji pracy w NFZ, a także współpracy z parlamentem. Bardzo proszę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:

Panie przewodniczący, szanowne panie posłanki i szanowni panowie posłowie, bardzo dziękuję za możliwość powiedzenia kilku słów. To oczywiście pierwsze nasze spotkanie. Przepraszam, że tak krótkie, ale na początku jest dużo spraw technicznych. Cieszę się na współpracę. Mam nadzieję, że będzie ona oparta na merytorycznej dyskusji.

Tylko dwa zdania o sobie. W Narodowym Funduszu Zdrowia miałem już okazję pracować łącznie 1,5 roku, tak więc znam tę instytucję od środka, oczywiście na poziomie oddziału regionalnego. Znam również kwestie wykonywania świadczeń i zarządzania dużą placówką, jaką było Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, gdzie przez 3,5 roku byłem dyrektorem do spraw lecznictwa. Z wykształcenia jestem specjalistą zdrowia publicznego, czyli, tak naprawdę, od początku swej kariery na uczelni, od 1995 r., obserwowałem, jak się przekształcał cały system ochrony zdrowia. Mam nadzieję, że ta wiedza pomoże mi w tej chwili, w tym dość trudnym momencie, kiedy coraz bardziej rozbudzają się społeczne oczekiwania dotyczące systemu ochrony zdrowia.

Jak państwo mówili, pieniędzy mamy tyle, ile mamy – nigdy nie dość, ale też nie jest tak, że zupełnie ich brakuje na wszystko. Kierując się tym, żeby jak najbardziej efektywnie uzyskiwać opiekę zdrowotną dla ludzi, pójść bardziej w kierunku filozofii, że dbamy o opiekę i o stan zdrowia Polaków, a nie kupujemy świadczeń, troszeczkę tę filozofię spróbować zmienić. I na tym bym na razie zakończył. Deklaruję oczywiście pełną współpracę przy procedowaniu ustaw, wsparcie przy udzielaniu informacji odnośnie do tych rzeczy, które są potrzebne oraz pełną przejrzystość naszych działań.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za tę deklarację. Może być pan przekonany, panie prezesie, że często będziemy oczekiwać informacji od pana, bo mamy wiele wątpliwości odnośnie do różnych segmentów funkcjonowania... Szanowni państwo, bardzo bym prosił panie posłanki o zajęcie miejsc i zaprzestanie rozmów. Bardzo proszę. Jest ogromny szum. Tak więc, będziemy z pewnością pana nękać pytaniami, bo rzeczywiście jest bardzo wiele spraw, które wymagają wyjaśnienia, załatwienia, a być może innego systemu rozliczeń. Nie ukrywam, że często, a może nawet najczęściej, ponad podziałami politycznymi, mamy uwagi w stosunku do instytucji, którą pan kieruje.

Jeszcze raz życzę wszystkiego dobrego. Rozumiem, że panowie muszą teraz pędzić do innych obowiązków. Pana prezesa będzie reprezentować pan prezes Teter, jak rozumiem. Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, panie ministrze... Szanowni państwo, naprawdę... Bardzo proszę, panie ministrze, oddaję panu głos. Proszę o przedstawienie dzisiejszego tematu posiedzenia Komisji. Przypominam, że jest to rozpatrzenie informacji na temat rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej. Proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Szanowny panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, to jest bardzo bogaty temat dotyczący rehabilitacji, która jest realizowana w wielu obszarach, a przede wszystkim w obszarze opieki zdrowotnej i opieki społecznej. Zakres tych działań obejmuje zarówno rehabilitację leczniczą, jak i rehabilitację społeczną oraz rehabilitację zawodową.

Jeżeli chodzi o obszar opieki zdrowotnej, to realizowana jest rehabilitacja lecznicza, na którą składają się kompleksowe postępowania mające na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz czynnego udziału w życiu społecznym i poprawy jakości życia. Zakres świadczeń rehabilitacji leczniczej obejmuje rehabilitację ambulatoryjną i domową, a także rehabilitację w oddziałach dziennych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej, to znaczy, rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej oraz rehabilitacji dziecięcej z zaburzeniami wieku rozwojowego, rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy oraz z dysfunkcją narządu wzroku. Ta rehabilitacja jest prowadzona w oddziałach stacjonarnych, w zakresie ogólnoustrojowym, neurologicznym, kardiologicznym czy pulmonologicznym. Rehabilitacja jest również prowadzona w warunkach ambulatoryjnych oraz w warunkach domowych, a także w ośrodkach lub oddziałach dziennych i w warunkach stacjonarnych. Poza tym, chciałbym zwrócić uwagę na to, że są dwa programy – program zdrowotny leczenia dzieci ze śpiączką, a także rehabilitacja w ramach leczenia uzdrowiskowego.

Tyle na wstępie. Jeżeli będą pytania, to bardzo proszę. Jest tu pani prof. Księżopolska, konsultant z zakresu rehabilitacji. Zapewne będą też pytania do pana prezesa.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Oczywiście, bardzo proszę, pani profesor. Oddaję pani głos.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Kilka zdań, pani profesor, na temat rehabilitacji.

Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej Krystyna Księżopolska-Orłowska:

Proszę państwa, miejmy świadomość, że wzrasta liczba osób w podeszłym wieku. To jest przed nami. Poza tym postęp medycyny spowodował, że ratuje się życie osobom po ciężkich urazach, wypadkach czy w przebiegu ciężkich przewlekłych chorób oraz chorób nowotworowych, w związku z czym rośnie liczba osób niepełnosprawnych. Stanowi to bardzo duży problem społeczny, który wymaga długofalowych rozwiązań systemowych, a szczególnie dostępu do rehabilitacji, ponieważ bardzo często jest to jedyny element, który pozwoli na wykorzystanie u pacjenta tych możliwości, które pozostały. I taki jest cel rehabilitacji medycznej.

Rehabilitacja musi być kompleksowa. To znaczy, musi zawierać w sobie rehabilitację medyczną, społeczną i zawodową, które nawzajem powinny się przeplatać. W zależności od fazy choroby, jest przewaga poszczególnych zakresów rehabilitacji. W okresie wczesnym choroby, w czasie zaostrzenia – rehabilitacja medyczna, a potem jednocześnie, powoli, muszą być wdrażane rehabilitacja społeczna i rehabilitacja zawodowa. Według norm unijnych, do których my się już powoli dostosowujemy – zresztą jest to również polska szkoła rehabilitacji – pracujemy z zespołem rehabilitacyjnym, na czele którego stoi lekarz. Specjalista rehabilitacji medycznej musi mieć w zasięgu konsultantów, w zależności od specyfiki, na przykład, ortopedów, neurologów, laryngologów, chirurgów, onkologów. W skład zespołu wchodzą także fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholodzy, technicy ortopedyczni, logopedzi – szereg innych profesji, w zależności od potrzeb, łącznie z tym, że jeżeli ktoś życzy sobie wsparcia psychicznego ze strony duchownego, to też, w zależności od wiary, powinien być zabezpieczony w taką usługę.

Skuteczność rehabilitacji jest uzależniona od tego, w jakim czasie ją rozpoczniemy. Dlatego rehabilitacja musi być rozpoczęta jak najwcześniej. Pacjent musi być oceniony i muszą być wyznaczone cele rehabilitacji. Do tego służą nam różne skale. Jednak w tej chwili zmierzamy do przyjęcia jednej skali, a właściwie nie tyle skali, ile międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania niepełnosprawności i zdrowia, która – jak myślę – wkrótce będzie obowiązkowa do kwalifikowania pacjentów, śledzenia postępów usprawniania i oceny pacjentów pod kątem możliwości wykonywania czy powrotu do pracy. Niezwykle istotny element jakości życia – możliwość powrotu do pracy na poprzednie stanowisko lub na nowe stanowisko, które u pacjenta należy wypracować, przeszkolić go, żeby mógł być użyteczny społecznie. Myślę, że to tyle pokrótce.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem. Oczywiście, z pewnością będą pytania w dyskusji, na które będę prosił panią profesor o odpowiedź. Jeszcze pan minister, jak widzę. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Prosiłbym pana przewodniczącego, żeby na temat finansowania i dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych udzielił odpowiedzi pan prezes.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan prezes, proszę uprzejmie.

Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, na cele i zadania, jakie określił pan minister w rehabilitacji leczniczej, przeznaczamy środki finansowe, które są ustalone na podstawie ustawy i rozporządzeń Ministra Zdrowia. W obecnym planie finansowym na rok 2014 założono, iż koszty świadczeń zdrowotnych, które w całości wynoszą 63.643 mln zł, na rehabilitację przeznaczymy 2.088 mln zł. W porównaniu z rokiem 2013 – przypomnę – jest to wzrost o 8,15%, podczas gdy nakłady na pozostałe rodzaje świadczeń kształtują się na poziomie wzrostu o około 1,85%.

Jednocześnie trzeba przypomnieć, że te środki są przeznaczane na coraz większą liczbę świadczeniodawców. Liczba tych świadczeniodawców wzrosła z 4660 w 2010 r. do 5040 w 2013 r. Natomiast, wysokość nakładów wzrosła z 1.781 mln zł do 2.076 mln zł. Wzrost tych nakładów następuje szczególnie w rehabilitacji kardiologicznej. Największa dynamika, porównując lata poprzednie z rokiem 2014, widoczna jest w rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku dziennym – o 154% – i w rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej – o 150%, u osób z dysfunkcją narządu wzroku – o 140%, rehabilitacji neurologicznej – o 140%.

Okresy oczekiwania nie są długie. W rehabilitacji, na przykład pulmonologicznej, w pilnym przypadku, który określamy w dniach, jest to zero dni. Zatem 100% w rehabilitacji pulmonologicznej ma natychmiast udzielane świadczenie, 86% w ośrodku rehabilitacji dziennej dla dzieci i 81% w fizjoterapii ambulatoryjnej dla dzieci oraz w rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej. Podkreślenia wymaga fakt, że – jak państwo wiedzą doskonale – plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia musi się bilansować po stronie przychodów i kosztów. Wpływa na to również rehabilitacja lecznicza. Na razie, dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze raz pan minister? Proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Ja w celu uzupełnienia swojej wypowiedzi. Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę państwa na to, ilu mamy lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Jest ich dokładnie 1670, w tym 1566 wykonuje zawód, z których 279 posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Jeżeli chodzi o kształcenie, to w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej jest 447 lekarzy, w tym, w formie rezydentury 196, a w trybie tak zwanym pozarezydenckim – 251. Mamy bardzo dużo miejsc uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Liczba jednostek w ostatnim okresie wzrosła prawie o 22%.

Specjalizacja w dziedzinie rehabilitacji medycznej uznana została za jednomodułową, której minimalny czas trwania wynosi 5 lat. Istnieje jednak dodatkowa droga do tej specjalizacji. Otóż, ci wszyscy, którzy posiadają specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny pracy, neurologii, ortopedii, traumatologii, pediatrii i rehabilitacji ogólnej i rehabilitacji medycznej, mogą kontynuować specjalizację II stopnia. Poza tym – bo o to na pewno będą pytania – ci specjaliści w ciągu trzech lat uzyskają tytuł specjalisty z zakresu rehabilitacji.

Na pewno będzie wiele pytań w odniesieniu do fizjoterapeutów. Aktualnie w Polsce nie ma jednolitych zasad określających dostęp do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zniosło standardy kształcenia, uczelnie są autonomiczne, ale kształcenie fizjoterapeutów jest na poziomie licencjatu i na pozio-

mie magisterskim. Wśród personelu medycznego w 2013 r. zarejestrowano ponad 22.665 fizjoterapeutów, w tym 10.665 magistrów fizjoterapii i rehabilitacji.

Jeżeli chodzi o przepisy prawne, są opracowane założenia do ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Są obecnie poddane konsultacjom i analizie formalnoprawnej, dostosowanej do obecnie obowiązujących przepisów. Zostało to trochę przystopowane poprzez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Są opracowane założenia dotyczące ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. To jest bardzo istotne, bo chcemy te sprawy uporządkować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Z pewnością te pytania będą, bo widzę, że szykuje się dość gorąca dyskusja, chociażby na podstawie zgłoszeń, które już były, zanim rozpoczęło się posiedzenie Komisji. Zatem, tytułem pewnego porządku, chciałem poinformować naszych gości, że kolejność jest następująca. Najpierw zadają pytania posłowie, a następnie zaproszeni goście. Bardzo proszę, pani poseł Radziszewska w sprawie formalnej.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Panie przewodniczący, mam pytanie, bo jest informacja pana ministra, ale przecież wiadomo, że wszystkie działania rehabilitacyjne nie są wyłącznie w jurysdykcji Ministra Zdrowia. Czy moglibyśmy usłyszeć ze strony innych instytucji publicznych, jak są wykonywane świadczenia rehabilitacyjne, które są świadczone dość szeroko, bo nawet samorządy terytorialne wydają ogromne pieniądze na poziomie gminy na tego typu działania – żeby chociażby wymienić PFRON? Bardzo bym prosiła, żeby zabrali głos nasi goście, którzy również odpowiadają za tę sferę rehabilitacji, zanim my zadamy pytania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem, że w tej intencji również wypowiadał się konsultant krajowy. Może zanim przyszła pani poseł była ta wypowiedź.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Ja jestem od początku posiedzenia Komisji i na temat działań PFRON-u ani samorządów nic nie słyszałam ze strony pani konsultant.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

W takim razie, jeszcze raz oddam głos panu ministrowi czy pani konsultant krajowej. Proszę uprzejmie. Bo, jeśli chodzi o dyskusję z pozostałymi przedstawicielami, będziemy to robić w odpowiednim czasie. Są tu przedstawiciele bardzo wielu podmiotów, związków zawodowych i każdy z pewnością ma coś do powiedzenia. Bardzo proszę, jeszcze raz.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, rozumiem, że jako Ministerstwo Zdrowia przedstawiliśmy elementy rehabilitacji leczniczej, natomiast, jeżeli chodzi o rehabilitację zawodową, szkolną, społeczną czy PFRON, to uważam, że na posiedzeniu są osoby obecne, które zabiorą głos w tej sprawie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Dopowiem, że są przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz PFRON, więc może rzeczywiście tę pierwszą część uzupełnimy o informacje ze strony tych dwóch instytucji. Bardzo proszę. Kto jest z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej?

Zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych Krzysztof Kosiński:

Krzysztof Kosiński, zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. W tym materiale znalazły się również informacje, które przygotowywaliśmy w naszym ministerstwie, odnosząc się do rehabilitacji realizowanej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, jak i tej rehabilitacji, która jest dostępna dla osób korzystających z szerokiego wachlarza usług w ramach pomocy społecznej. Przypomnę tylko, że my, zgodnie z przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób

niepełnosprawnych, realizujemy tę rehabilitację zgodnie z definicją określoną w art. 7 jako zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie osób niepełnosprawnych, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. PFRON rokrocznie wydaje swój całkowity budżet, który zawsze oscyluje w granicy 5 mld zł, na wszystkie działania rehabilitacyjne. Większość tych środków jest pochłaniana przez rehabilitację zawodową, dofinansowanie pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne. Przekazujemy także środki na poziom samorządu, samorządu powiatowego. Powiaty realizują zadania określone w ustawie; chodzi o dofinansowanie do różnego rodzaju usług dla osób niepełnosprawnych, jakimi są chociażby turnusy rehabilitacyjne, likwidację barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych. Osoby niepełnosprawne korzystają również z programów rady nadzorczej realizowanych przez PFRON. Największym programem w tej chwili realizowanym jest „Aktywny samorząd", który wspiera osoby niepełnosprawne choćby w zakupie wózków inwalidzkich o napędzie elektrycznym czy specjalistycznego sprzętu umożliwiającego korzystanie z nowoczesnych technologii, jak i nowoczesnych protez.

Wspieramy także osoby niepełnosprawne w dostępie do edukacji. Z naszych środków, w ramach programu „Aktywny samorząd", jest realizowane dofinansowanie studiów wyższych dla osób niepełnosprawnych. Oczywiście dysponujemy bardzo szczegółowymi danymi. One też są podane w tej informacji. Jeżeli będą jakiekolwiek pytania, oczywiście służymy informacjami. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze przedstawiciel PFRON. Proszę o krótką informację. Czy jest ktoś na sali? Mam taką informację, jeżeli chodzi o wpis na liście zaproszonych gości. Proszę uprzejmie

Doradca prezesa Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Roman Uhlig:

Roman Uhlig, doradca prezesa Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W zasadzie wypowiedź dyrektora Kosińskiego wyczerpała wszystko to, co mieliśmy do powiedzenia, dlatego, że Fundusz jako instytucja finansowa jest zobowiązany do gromadzenia środków i gospodarowania nimi, czyli, wydawania ich na zadania ustawowe. O tych zadaniach ustawowych pan dyrektor przed chwilą powiedział.

Ja tylko powiem, że wszelka indywidualna pomoc dla osób niepełnosprawnych z naszych środków odbywa się w tej chwili poprzez samorządy powiatowe, i są to zarówno zadania ustawowe z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej, jak i realizacja programu „Aktywny samorząd", który polega na realizacji tych zadań, o których była mowa. Informacje na temat zadań ustawowych mają państwo w otrzymanym materiale. To są informacje dostarczone przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, czy pochodzące od nas, jeśli chodzi o poziom finansów.

Chcę więc powiedzieć, że jeśli chodzi o samorządy powiatowe, które wykonują zdecydowaną większość tych działań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej, to proporcje od lat są takie, że około 90% tych środków, które są w dyspozycji samorządu, wydawanych jest na rehabilitację społeczną, natomiast około 10% na rehabilitację zawodową. Z punktu widzenia Funduszu, który został powołany głównie w celu wspierania zatrudniania osób niepełnosprawnych, nie jest to zjawisko korzystne, niemniej jednak utrzymuje się od wielu lat na stabilnym poziomie. Wśród tych zadań bardzo wżną pozycją jest dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych, likwidacja barier architektonicznych w komunikowaniu się, a także dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów. To, obok warsztatów terapii zajęciowej, są kluczowe pozycje w wydatkach samorządów powiatowych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani poseł Gądek...

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

A może mamy jeszcze przedstawicieli ZUS i KRUS?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, naprawdę jest już kilka zgłoszeń, głównie z pani klubu. W ten sposób możemy mnożyć te wypowiedzi. Zaproszonych tu osób jest kilkanaście. Zakładam, że do pytań, które tu padną, zaproszone osoby będą mogły się odnieść i uzupełnić tę dyskusję. Bardzo proszę, pani poseł Gądek, a następnie pan poseł Miller.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowne prezydium, panie ministrze, drodzy goście, koleżanki i koledzy, będę mieć kilka sugestii i pytań, ale tylko w zakresie rehabilitacji leczniczej. Otóż, usłyszeliśmy tutaj w krótkiej informacji, a w przedstawionym materiale jest dość wyczerpująca informacja, że generalnie, jeżeli chodzi o finansowanie usług z zakresu rehabilitacji medycznej, jest stosunkowo dobrze – chyba nawet takie było tam sformułowanie. Ośmielam się nie zgodzić z tym stwierdzeniem. Jestem reprezentantem kadry medycznej praktykującej w tak zwanej Polsce powiatowej, i nie jest dobrze. Przeglądałam dokładnie dane o średnich okresach oczekiwania i powiem szczerze, że zdecydowanie będę chciała wystąpić do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie informacji o tym, jak to dokładnie wygląda w poszczególnych województwach, być może nawet w podziale na powiaty, ponieważ u nas tego typu średnia jest niedostępna. Być może gdzieś jest tak dobrze, są w Polsce obszary, gdzie wygląda to dużo lepiej w stosunku do średniej.

O ile, na przykład, rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego – mówię o maleńkich dzieciach – przeprowadza się faktycznie dość szybko, bez oczekiwania, a nawet powiedziałabym, że podmioty wychwytują dzieci, u których rehabilitacja potrzebna jest na dwa razy – tak powiedzmy delikatnie – bo jest to dziedzina dobrego działania, o tyle, kiedy już przychodzi okres wczesnodziecięcy i młodzieżowy, gdzie w ramach bilansu zdrowia dziecka zdrowego rozpoznajemy wady postawy – a są one nagminne u polskich dzieci – to oczekiwanie na taką usługę zdrowotną, jaką jest rehabilitacja, jest dramatyczne, szczególnie jeśli chodzi o ośrodki poza dużymi miastami. Tak naprawdę większość ośrodków nie prowadzi rehabilitacji tego typu schorzeń. Dlatego bardzo proszę, może panią konsultant, o przedstawienie informacji, jak to naprawdę wygląda z drugiej strony, a nie tylko ze strony płatnika, który wykazuje jakieś dane statystyczne.

Kolejna sprawa. Obecnie – na jednym z poprzednich posiedzeń Komisji już o to wnosiłam – ponoć trwają nad tym prace. Czy dzisiaj dowiemy się więcej na temat trybu specjalnej rehabilitacji dla osób z wybranymi chorobami – zwłaszcza rzadkimi, ale nie tylko – dla których rehabilitacja jest jedyną obecnie znaną formą leczenia, a tryb opieki nad tym pacjentem powinien się zdecydowanie różnić od rehabilitacji, tak zwanej doraźnej, bo jest to tryb ratujący zdrowie i życie, najczęściej dziecka, ale czasem i osoby dorosłej?

I kolejna sprawa – tryb kontraktowania poradni. Żeby zakontraktować świadczenia z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej, musi być lekarz rehabilitacji na tak zwane godziny. Proszę powiedzieć, jak wygląda dostępność tego lekarza, bo ja wiem z praktyki, jak to wygląda. To jest kontraktowanie na godziny lekarza, który ma kilkanaście punktów tego typu, żeby te punkty mogły funkcjonować w danych miastach powiatowych, gminach. Czy jest monitorowane, na ile praca tego lekarza jest wydajna? Bo tak, jak pani konsultant mówiła, lekarz powinien koordynować prace i całościową opiekę na pacjentem, a jeżeli jest on dostępny w danej placówce raz na 2-3 tygodnie, to jak koordynuje opiekę nad pacjentem?

I jeszcze jedno pytanie. Pewnie tu będzie jeszcze więcej pytań w tym zakresie. Na jakim etapie – zwracam się do pana ministra – jest praca nad ustawą o zawodzie fizjoterapeuty? Słyszymy ciągle informacje o tym, że już powinna być. Cały czas jej nie ma, a rozwiązałoby to dużo problemów, szczególnie jeśli chodzi o kontakty pacjenta z tak zwanymi pseudorehabilitantami, którzy przyjmują pacjentów, nie mając do tego żadnego wykształcenia i tytułu prawnego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ponieważ jest bardzo dużo zgłoszeń, mam prośbę do państwa posłów o możliwie krótkie wypowiedzi, bo 5-6 minutowe mogą spowodować, że nie zdążymy dzisiaj zrealizować całego porządku obrad. Proszę uprzejmie, pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, dzisiejsza informacja bardzo mnie niepokoi. Pierwsze pytanie, do pana ministra – co to znaczy, że ministerstwo ma założenia? Ja sam od dwóch lat aktywnie uczestniczę w procesie przygotowywania ustawy o fizjoterapii i wiem, że ta ustawa, przygotowana w zeszłym roku, już leży w ministerstwie. Chciałbym więc uzyskać od pana ministra odpowiedź na pytanie, dlaczego tej ustawy nie ma, czy ktoś ją blokuje. Oba środowiska, z którymi razem z posłami byliśmy w ministerstwie, mówiły jednym głosem. Ta ustawa jest bezwzględnie potrzebna z kilku względów, panie ministrze. Przede wszystkim mamy coraz więcej zgłoszeń przypadków okaleczania, a nawet zgonów ludzi z powodu tego, że osoby nieuprawnione otwierają gabinety pod nazwą „gabinet fizjoterapii". Problem polega jeszcze na czymś innym. Wtedy, kiedy będzie ustawa o fizjoterapii, będzie wydawana zgoda na wykonywanie zawodu. Dzisiaj każdy, kto skończy byle jaki kurs, może taki gabinet otworzyć. I powiem jeszcze jedno, ten ktoś idzie do urzędu miasta, rejestruje taką działalność, okalecza ludzi i są przypadki, że tak zwani pseudofizjoterapeuci spowodowali zejścia śmiertelne pacjentów i nadal prowadzą te gabinety, ponieważ nie ma samorządu, który może im odebrać prawo wykonywania zawodu. Oni toczą sprawy przed sądami i nadal prowadzą tę działalność. Jeżeli nie będzie ustawy, to nie będziemy mieć możliwości kontrolowania.

Po drugie, ta ustawa pozwoli na skrócenie kolejek i na wykorzystanie ludzi, którzy... Ja jestem lekarzem, ale chciałbym podkreślić, że fizjoterapeuci to ludzie po pięcioletnich studiach, podczas których mają takie same przedmioty jak i my, czyli fizjologię, anatomię i biochemię. Oni przez 5 lat nie robią nic innego, tylko uczą się fizjoterapii, w związku z tym, tak naprawdę, po skończeniu studiów mają większą wiedzę w zakresie fizjoterapii niż absolwent zawodu medycznego, niż lekarz, który kończy studia. Jest to więc wielkie niedopatrzenie. Chciałbym więc dzisiaj od pana ministra usłyszeć konkretną odpowiedź – ponieważ od dwóch lat słyszymy o tym, że ta ustawa jest, są założenia, a może nie ma tych założeń – za jaki czas będzie ta ustawa, bo z tego, co wiem, to ministerstwo przekazało gotowy projekt do urzędu Rady Ministrów. Chciałbym więc uzyskać odpowiedź, i my wszyscy, czy ministerstwo jest na etapie uzgodnień, czy ta ustawa już jest i co jest przyczyną, że nie może wejść.

Następne pytanie, które mnie bardzo nurtuje, panie ministrze. Proszę powiedzieć, czy ministerstwo zamierza zmienić zapisy koszykowe, jeżeli chodzi o szpitale, które mają oddziały rehabilitacyjne, bowiem z zapisu, że na 20 łóżek musi przypadać jeden lekarz rehabilitacji wynika, że tych lekarzy musi być w Polsce 4000. Państwo wykazują ich 1600. Dodajmy jeszcze 500, to jest ich 2000. Proszę powiedzieć, kto obsadza pozostałe 2000 etatów i na jakiej podstawie oddziały NFZ podpisują umowy ze szpitalami, skoro nie ma pełnej obsady. Wracam więc do pytania koleżanki, która mówiła o tym, że lekarz rehabilitacji, który przyjeżdża 2 razy w miesiącu nie jest w stanie kierować procesem kontroli nad pacjentem.

W związku z tym następne pytanie. Czy nie jest zbrodnią kierowanie ludzi po sześciu latach studiowania medycyny w kierunku rehabilitacji i robienia takich zapisów koszykowych, co więcej powodowanie tego, że lekarz rejonowy – koledzy, przepraszam, proszę was – będzie musiał najpierw kierować do lekarza rehabilitacji, a dopiero potem do fizjoterapeuty? Przecież to jest wydłużanie kolejki, a my mamy je skracać. W związku z tym, pytam, co ministerstwo zrobiło. Czy zamierzają państwo zmienić przepis koszykowy, bo jest on fikcją, która kosztuje Skarb Państwa poważne pieniądze? Właściwie, to tyle z mojej strony, bo nie chciałbym przedłużać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani profesor, szanowni państwo, mam następującą uwagę odnośnie do tych materiałów. My kolejny raz dostajemy z NFZ wykresy. Ja nie wiem, czy 145 mln zł w województwie dolnośląskim to jest wystarczające, a 43 mln w kujawsko-pomorskim to za dużo. Po co są te wykresy? Oczywiście w województwie mazowieckim, które ma 5 mln mieszkańców, będzie więcej tych instytucji niż w województwie podkarpackim, które ma ich 2 mln. Zatem, kolejny raz, ponieważ jest nowy prezes NFZ, bardzo proszę, żeby państwo przygotowywali materiały nie jak księgowa, która panu daje to do sprawdzenia, tylko tak, żebyśmy mogli dowiedzieć się – i to jest drugi punkt mojego wystąpienia – czy wystarczy tych pieniędzy, czy nie. Czy wystarczy tej rehabilitacji, czy nie? Ja mówię tylko o rehabilitacji leczniczej, bo to, co państwo tu wypisują o rehabilitacji społecznej i zawodowej jest śmiechu warte i szkoda o tym rozmawiać. To trzeba przenieść na inne posiedzenie Komisji, i tym się zająć. Zajmuję się więc tylko rehabilitacją leczniczą.

Jeśli chodzi o rehabilitację leczniczą, to chcę się dowiedzieć, pani profesor, panie ministrze, czy wystarcza na to pieniędzy, czy potrzeba więcej, ponieważ ta rehabilitacja kończy proces leczenia, i ona właśnie – rehabilitacja lecznicza – przywraca pełną lub możliwą do przywrócenia sprawność organizmu. Nie można tutaj pisać, że ona jest bardzo dobra, bo ktoś czeka na tę rehabilitację 295 dni. Po tym roku czy dłuższym okresie już szkoda zabierać się za tę rehabilitację.

Druga sprawa. Chcę wiedzieć, czy jest dość lekarzy, czy jest ich za mało. Czy oni są kształceni i dokształcani w trybie przetargów na szkolenia, w których wybiera się szkolenia najtańsze, czy takim, że są to szkolenia na najwyższym możliwym u nas poziomie. To mnie też bardzo interesuje, proszę państwa.

Następna sprawa. Chcę wiedzieć, czy w prawie, które reguluje sprawy rehabilitacji leczniczej, potrzebne są jakieś zmiany, i państwo wnoszą do nas o te zmiany, korekty, które powinny być wprowadzone, czy też nie ma takiej potrzeby. Kolejny raz dowiadujemy się, że jest bardzo dobrze, że płyną te miliardy, miliony, setki milionów, a chcę wiedzieć, jaka jest efektywność wydanych pieniędzy, co z tego wynika, jak to jest zorganizowane, co trzeba zmienić w tej organizacji, czy każdy lekarz powinien dawać skierowanie na rehabilitację. To jest dzisiaj najłatwiej uzyskiwane skierowanie. Może w tym zakresie powinno się coś zmienić. Prosiłabym więc o odpowiedź w tym zakresie – jakie są oczekiwania wobec parlamentu, jeśli chodzi o problemy rehabilitacji, o której wiemy z doświadczenia, że długo się na nią czeka, że są problemy i różnego rodzaju niesprawności organizacyjne. Chcemy wiedzieć, co państwo proponują zmienić w tym systemie. Co z tej usprawniającej rehabilitacji, która jest, dałoby się przenieść... Często się powołuję na wójta gminy Pcim w województwie małopolskim, który z pieniędzy własnych gminy – może warto, żeby NFZ do tego dołożył, żeby zapytał i zobaczył, jak to się odbywa – finansuje rehabilitację dla wszystkich starszych mieszkańców. To są zajęcia, które są tam bardzo potrzebne. Być może takie rozwiązania i zmiany są potrzebne wobec zmiany struktury demograficznej naszego społeczeństwa. Zatem, naprawdę – już kończę – panie przewodniczący, są to zagadnienia, które wszystkich nas interesują. Jeszcze raz mówię – po prostu nie przyjmujmy materiałów, gdzie to wszystko, cokolwiek robi Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w domach pomocy społecznej, w jakichś ośrodkach, że dopłaci do zatrudnienia niepełnosprawnych, nazywa rehabilitacją. Nie ma żadnej rehabilitacji. Od ponad dwudziestu lat zwracam Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej uwagę na to, że powinno – tak, jak normalne cywilizowane kraje – wdrożyć rehabilitację zawodową, a nie udawać, że prowadzi jakąś rehabilitację społeczną czy zawodową, bo tam niczego takiego nie ma. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Okrągły, proszę uprzejmie.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam kilka pytań. Pierwsze, dotyczy rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, w oddziałach rehabilitacji kardiologicznej, odnośnie do wymogów kadrowych. Kilkakrotnie już o tym rozmawiałam, były pisane interpela-

cje dotyczące nadmiernych wymogów w zakresie liczby lekarzy rehabilitacji medycznej na oddziale. Mówię o rehabilitacji kardiologicznej. Okazuje się, że na 20 łóżek ma przypadać jeden lekarz rehabilitacji medycznej i jednej kardiolog lub internista. Wiadomo, że lekarzy rehabilitacji kardiologicznej – plus balneologia – nie jest za dużo. Poza tym, z reguły są to „zabiegowcy", którzy mniej specjalizują się w chorobach naczyniowych. Czy to nie są nadmierne wymogi, tym bardziej że tych lekarzy brakuje? Często przyjeżdżają z różnych stron, również z zagranicy – mówię o Czechach – i dyktowane przez nich stawki są wysokie. Natomiast wprowadzenie tego przepisu nie poprawiło jakości świadczeń na tych oddziałach, bo ona była na tych oddziałach wysoka. To, pierwsza rzecz. Rok temu była mowa o tym, że te wymogi będą złagodzone i lekarzem wiodącym na oddziale rehabilitacji kardiologicznej będzie lekarz kardiolog. Zresztą oni specjalizowali się w tworzeniu rehabilitacji. Może się mylę, ale mniejsze wymogi...

Następna sprawa. Z przyjemnością usłyszałam, że jest opracowywana skala niepełnosprawności i ocena efektów leczenia rehabilitacyjnego. Jak najbardziej. Ośrodki prowadzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych rzeczywiści tę rehabilitację prowadzą, i ja od swoich pacjentów po takiej rehabilitacji uzyskuję informację, jaki był stan wyjściowy, poprawa, czy nadaje się do pracy, czy nie. Czy nie powinniśmy w systemie organizacji ambulatoryjnej, czy poza systemem ZUS-owskim, również taki system wprowadzić, bo obserwuję z pozycji lekarza w powiecie, że zabiegi rehabilitacji są często zlecane przypadkowo, w różnych terminach, i nie jest to komplet dla pacjenta. Pacjent ma coś zrobione, ale niekoniecznie jest to efektywne.

Następnie, rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Chodzi mi o rehabilitację zarówno w warunkach domowych, jak i w poradniach. Zaczęliśmy o tym mówić w związku z omawianiem rehabilitacji pacjentów po udarach. Rehabilitacja, która jest rozpoczęta w oddziałach rehabilitacji neurologicznej, powinna być kontynuowana później. Później jest problem albo z dowozem pacjenta, albo ze znalezieniem rehabilitanta, który by rehabilitował i kontrolował tę rehabilitację w warunkach domowych. My zostawiamy rodzinę i pacjenta w sytuacji bezradności.

I jeszcze jedna sprawa, bo jeśli już jesteśmy przy oddziałach rehabilitacji, szczególnie neurologicznej, to wydaje mi się, że powinniśmy też popracować i zwiększyć przepływ informacji pomiędzy oddziałem leczącym pacjenta w warunkach stacjonarnych a opieką podstawową, która przede wszystkim powinna wiedzieć, że ten pacjent wraca. Najczęściej bowiem dowiadujemy się o tym od rodziny i znajdujemy się w sytuacji takiej, że trzeba coś zrobić, a moglibyśmy się do tego przygotować. Ja pracuję w opiece podstawowej.

Jeszcze jedno, ale zwracam się już pana dyrektora. Bardzo dobrze funkcjonuje program „Aktywny samorząd" i jest bardzo duże zainteresowanie. Widzę jeden brak w tym programie, bo są pominięte osoby ze znacznym uszkodzeniem słuchu i głuchotą. One również wymagają pomocy i rehabilitacji. My mamy przeświadczenie, że osoba głucha jest prawie zdrowia. Nie. Tak nie jest. Ona ma trudności w pracy. Czy w programie „Aktywny samorząd" nie powinniśmy przyjąć również jakichś programów wspomagających tę grupę osób? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Dziadzio, proszę bardzo.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję serdecznie, panie przewodniczący. Szanowni goście...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan poseł Dziadzio.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Przepraszam bardzo.

Poseł Dariusz Dziadzio (PSL):

Panie przewodniczący, panie ministrze, panie i panowie posłowie, zaproszeni goście, oczywiście moje pytanie wchodzi w zakres tych pytań, które zadawane były również przez pana posła Millera i przez panią posłankę Gądek. Chodzi mi o ustawę o zawodzie fizjoterapeuty. Przeczytałem ten raport, który został nam przedstawiony na posie-

dzeniu Komisji, i niestety, on napawa mnie wielkim i głębokim smutkiem, bo czytając, że w XXI w., w kraju, który od 25 lat prężnie się rozwija – jak wczoraj wspominali wszyscy goście obecni na uroczystości 4 czerwca – jest problem z uporządkowaniem działań, które dotyczą polskiej rehabilitacji, polskiej fizjoterapii. Sytuacja jest następująca. Możemy przeczytać zdanie, że tak naprawdę zasadniczą rolę pełnią lekarze rehabilitacji i fizjoterapeuci. Jestem przekonany, że raczej fizjoterapeuci to najmocniejsze ogniwo w procesie rehabilitacji i trzeba o tym pamiętać, tworząc ustawę o zawodzie fizjoterapeuty, o której słyszymy już od dwóch lat i do dzisiaj nie mieliśmy okazji zobaczyć ani projektu, ani tym bardziej jej założeń.

Szanowni państwo, w tym raporcie pojawia się informacja, że jest 1670 lekarzy, z czego tylko 1566 pracuje w zawodzie, a ministerstwo dokłada starań, aby stymulować wzrost szkoleń. Pytam – po co, na co i komu jest to potrzebne? Kto będzie pracować z tymi lekarzami rehabilitacji medycznej skoro do dziś nie ma uporządkowanej sprawy dotyczącej zawodu fizjoterapeuty? Do dziś możemy się spotkać z gabinetami, które powstają na zasadzie tak zwanego krzaka. Czyli, prowadzi je ktoś, kto skończył kurs masażu i wyrządza szkodę, jakiej by nie wyrządził dyplomowany fizjoterapeuta. Pan poseł Miller trafnie określił, że fizjoterapeuci szkoleni w dzisiejszych czasach w systemie już tylko akademickim – ponieważ w tym raporcie też jest informacja, że zlikwidowano szkoły o profilu technika fizjoterapii – mają konkretną wiedzę. Zastanawiam się więc, czy w XXI w. nie powinniśmy przenieść tych funkcji, jakie pełnią lekarze rehabilitacji medycznej, na fizjoterapeutów, którzy są wyszkoleni i tych, którzy zakończyli specjalizacje. Skończmy z tą farsą, bo to, tak naprawdę, tylko wydłuża kolejki, a tym samym przedłuża leczenie i rehabilitację pacjenta, która jest bardzo ważnym ogniwem w całym działaniu. Dzisiaj pacjent idzie do lekarza rodzinnego, potem trafia do lekarza rehabilitacji medycznej, a dopiero potem dostaje skierowanie na rehabilitację. Można to zdecydowanie skrócić, oddając możliwość skierowania na rehabilitację, i całego procesu rehabilitacyjnego, fizjoterapeutom ze specjalizacją.

Druga sprawa. Tych lekarzy rehabilitacji medycznej – bo mamy problem z kolejkami i z lekarzami – możemy przesunąć do innych specjalizacji, na przykład, w dziedzinie geriatrii, bo z tym też jest coraz większy problem. Wszyscy tu się zgodzą, że społeczeństwo się starzeje i będzie brakować specjalistów w tym zakresie. Tak więc, panie ministrze, pytanie: co z ustawą o zawodzie fizjoterapeuty? Kiedy możemy się spodziewać, że polski Sejm podejmie wreszcie prace nad ustawą? Kiedy pojawią się pierwsze założenia, jeśli nie ma jeszcze tej ustawy, bo jesteśmy bardzo ciekawi? Zresztą, sprawa ciągnie się już od 20 lat, jeśli chodzi o uporządkowanie systemu fizjoterapii i zawodu fizjoterapeuty w naszym kraju.

I drugie pytanie, skierowane raczej do przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. W tej chwili podpisywane są nowe kontrakty, również w zakresie rehabilitacji. Na tej podstawie widzimy, że coraz gorsze jest finansowanie rehabilitacji. Otrzymałem bardzo dużo sygnałów ze strony gabinetów, które prowadzą rehabilitację na terenie województwa podkarpackiego, że obecnie te kontrakty są okrojone. Oczywiście podpisano kontrakty z wieloma osobami, ale również okrojono te działania. Do niedawna pan minister zdrowia – i nie tylko – wypowiadał się na temat takiego pięknego systemu, jak leczenie pacjenta onkologicznego, który nie będzie przebywać w szpitalu, tylko będzie mieszkać albo w hotelu, albo będzie dojeżdżać. Jednocześnie rozpoczęto działania – bo wiadomo, że pacjent w domu o wiele lepiej i szybciej dochodzi do zdrowia niż w szpitalu – z zakresu rehabilitacji tak zwanych oddziałów dziennych. Dzisiaj otrzymałem informację, że w wielu wypadkach ci, którzy otworzyli gabinety współpracy jako oddziały dzienne, niestety, mają okrojony kontrakt albo w ogóle go z nimi nie podpisano, narażając ich na straty i zamknięcie gabinetu oraz zwolnienie ludzi.

Zatem, moje pytanie jest takie. Jak Narodowy Fundusz Zdrowia chce wybrnąć z tej sytuacji, bo słyszałem, że na Podkarpaciu pan z Funduszu powiedział, że w ciągu roku liczba gabinetów, które przystąpiły do kontraktowania, wzrosła o 70 podmiotów, z czego – jak przestawia materiał, który mamy – ten wzrost o 70 podmiotów nastąpił w okresie od 2010 r. do 2014 r.? Nie rozumiem więc, jak to jest, że w ciągu czterech lat wzrosło o 70, a w ciągu jednego roku też wzrosło o 70 podmiotów. Bardzo proszę przedstawiciela

NFZ o informację o tym, jak ten problem będzie rozwiązany, aby finansowanie zostało przywrócone na tym samym poziomie co w tamtym roku, i jaka jest właściwa liczba tych podmiotów, które stanęły do kontraktowania jako nowe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze raz bardzo proszę o skrócenie wypowiedzi. Pamiętajmy, że zgłoszeń jest dużo. Są jeszcze zgłoszenia zaproszonych gości. Zanim oddam głos posłowi Ziętkowi, zabiorę chwilę.

Panie ministrze, szanowni państwo, o kilku rzeczach, wokół których toczy się dyskusja – toczyła się również na wcześniejszym posiedzeniu – zostało już powiedziane. To jest niewątpliwie ustawa o rehabilitacji i zawodzie rehabilitanta... Przepraszam, fizjoterapeuty. Przepraszam najmocniej. Chcielibyśmy znać odpowiedź na to pytanie. Tak. Pani poseł jest zapisana. Ale jednocześnie musimy mieć świadomość tego, że sposób kształcenia – i o tym była również mowa na jednym z poprzednich posiedzeń Komisji Zdrowia – jest bardzo różny. To kształcenie, jeżeli chodzi o specjalistów w zakresie fizjoterapii, jest bardzo różne i w różnych uczelniach. Jest to licencjat i są to studia magisterskie. Mówiliśmy – przypominam poprzednie posiedzenie Komisji – że przygotowanie jest bardzo różne, zwłaszcza w tych uczelniach, które kształcą wyłącznie na poziomie licencjatu, a później przekazują absolwentów i są z tego powodu różne problemy. Pamiętajmy o tym, mówiąc o tym zawodzie medycznym.

Pamiętajmy też o tym, że tak jak w wielu różnych dziedzinach medycyny jest współpraca między lekarzem i pielęgniarką – bardzo często magistrem pielęgniarstwa – to tutaj też jest ta współpraca. To jest niezbędny element prawidłowo prowadzonej rehabilitacji. My nie możemy powiedzieć, że, na przykład, od kolejnego roku, na oddziałach ginekologicznych będą wyłącznie położne, a lekarz może czasem przyjdzie albo nie, oddamy to wyłącznie położnym. Albo, na przykład, na innych oddziałach, choćby wspomnianych oddziałach geriatrycznych, pielęgniarki będą się zajmować pacjentami a lekarz będzie niepotrzebny. Pamiętajmy, że jest to swego rodzaju współpraca, wzajemny szacunek, zaufanie i uzupełnianie pewnych kompetencji. Tak powinno być – przynajmniej w moim przekonaniu. Może ktoś się z tym nie zgadza, przyjmuję to, bo każdy z nas ma prawo do osobistego zdania, tym bardziej że specjalizacja w zakresie rehabilitacji trwa kilka lat. Każdy z nas, kończąc studia – chyba wszyscy koledzy lekarze się z tym zgodzą – ma pewną wiedzę teoretyczną, lepiej lub gorzej utrwaloną. Później, już w ramach specjalizacji, zdobywamy wiedzę szczegółową. Taka specjalizacja trwa 5–6 lat. Obecnie jest to 5 lat, a kiedyś było 2 razy po 3 lata. Ja uczyłem się radiologii 6 lat. Czy było tam wszystko, co było na studiach potrzebne? Pewnie z niektórych rzeczy w specjalności medycznej nie korzystam. Są też specjalności teoretyczne w medycynie, gdzie w ogóle nie ma się kontaktu z pacjentem. Myślę, że to wszystko jest istotne z punktu widzenia tego, o czym tu dzisiaj rozmawiamy.

Jeszcze raz podkreślam, że ważna jest współpraca lekarza rehabilitacji, który ma swoje określone zadania do wykonania – być może patrzy na tego pacjenta również pod kątem innych chorób – i magistra fizjoterapii, który ma swoje zadania do wykonania. Tyle z mojej strony. Proszę uprzejmie, pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję bardzo. Przepraszam za pomyłkę, panie przewodniczący. Szanowni państwo, ostatnio w województwie śląskim rozmawialiśmy na forum publicznym i w radio na temat kontraktowania. Faktycznie, jesteśmy w tej chwili w trakcie kontraktowania tych świadczeń. To są bardzo ważne kontrakty, dlatego, że one będą obowiązywać przez 5 lat. W województwie śląskim są 3 takie ośrodki, które, według mnie, są papierkiem lakmusowym kontraktowania w Polsce. Są to: Górnośląskie Centrum Rehabilitacji w Reptach, Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu w akredytacji Ministra Zdrowia – tam również szkolimy rehabilitantów – i również w Ustroniu Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny. Otóż, cieszę się, że jest z nami nowy prezes centrali Narodowego Funduszu Zdrowia – gratuluję serdecznie – obawiam się, że w województwie śląskim mamy pełniącego obowiązki. Myślę, że sobie jakoś z tym poradzi. Dla przykładu, Górnośląskiemu Centrum Rehabilitacji starającemu się o nowy kontrakt Oddział Śląski

NFZ zaproponował okrojenie kontraktu. Posiadamy 270 łóżek, natomiast mamy dostać kontrakt na 90 łóżek, czyli będziemy mogli przyjąć rocznie 1350 pacjentów mniej. A jest to kwestia wymogów dotyczących kontraktowania. Właśnie brakuje ustawy o fizjoterapeutach. Mamy świetnych techników fizjoterapeutów, również ich szkolimy – w czerwcu odbiorą już dyplomy fizjoterapeuty. Niemniej jednak, niestety, nasz Oddział Śląski Wojewódzki NFZ, z dyrektorem Oleszczykiem, podpisał protokół rozbieżności i wchodzimy w tryb rokowania. Oczywiście ten tryb rokowania może pomóc i będziemy mieć trochę większy kontrakt, niemniej jednak i tak to doprowadzi do dużych strat w szpitalu, a być może zwolnienia pracowników, i generalnie rzecz biorąc, powolnej śmierci tej jednostki. Jeszcze gorzej wygląda to w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu. Tam sprawa dotyczyła odwołań do dyrektora Oddziału, do prezesa, a być może skończy się w sądzie. Mam więc prośbę, żeby pan prezes to przejrzał, albo, żebyśmy otrzymali informację końcową, jak będą wyglądać ostateczne kontrakty na rehabilitację w całym kraju. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Radziszewska.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Dziękuję bardzo za głos. Po pierwsze, mam pytanie do szefa NFZ. W materiałach, które otrzymaliśmy dotyczących kontraktowania świadczeń rehabilitacyjnych przez NFZ, zastanawia mnie zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi, zwłaszcza w ostatnim roku. W niektórych oddziałach, takich jak łódzki czy małopolski, wartość usług rehabilitacyjnych jest na poziomie ubiegłego roku, ale w bardzo wielu oddziałach wartość usług rehabilitacyjnych, patrząc na wysokość kontraktów, spadła prawie o połowę. I to jest zastanawiające, dlatego że to mówi o pewnej dysproporcji w dostępności. Jakimi zasadami kierują się poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ, że ten rozdźwięk jest aż tak duży? Gdyby pan był uprzejmy przygotować nam taką informację, bo tutaj mamy informację na temat liczby placówek, liczby świadczeniodawców, środków, ale, jak to jest w przeliczeniu na mieszkańca. Chcielibyśmy otrzymać taką informację, żebyśmy mogli porównać dostępność do tego typu świadczeń w poszczególnych oddziałach NFZ. Na piśmie, żeby można było spokojnie powyliczać.

Mam jeszcze kilka uwag innej natury. Ponieważ bardzo zdywersyfikowane są usługi rehabilitacyjno-fizjoterapeutyczne, i nie tylko – w Polsce tego typu usługi świadczą placówki, które działają w ramach kontraktów z NFZ – już dzisiaj okazało się, że PFRON wydaje ogólnie na wszystkie działania 5 mld zł, przy 1,5 mld zł z NFZ. Ile wydawanych jest przez samorządy w ramach ich działań zdrowotnych, bo przecież każdy samorząd może, nawet w ramach programów zdrowotnych, wprowadzać różne przedsięwzięcia? Oczywiście, wszystkie programy zdrowotne podlegają ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych, ale przypuszczam, że mamy dane o tym, które samorządy i w jakim zakresie przeznaczają środki na działania rehabilitacyjne. Przecież działania rehabilitacyjne są prowadzone również w ramach rehabilitacji medycznej i zawodowej przez ZUS i KRUS. Takich informacji na dzisiaj nie mamy, więc poprosiłabym pana przewodniczącego o to, aby zapytać wszystkie podmioty, które wydają jakiekolwiek środki publiczne, o to, jakie środki publiczne są wydatkowane z tamtych źródeł, w jakim zakresie i o opis wydatkowania tych pieniędzy w tych instytucjach publicznych. Okazuje się bowiem, że my wydajemy bardzo dużo środków – idzie to w miliardy złotych – natomiast, odnośnie do efektów są wątpliwości – wystarczy posłuchać zastrzeżeń – czy rzeczywiście w sposób dobry, skonsolidowany, wydajemy wszystkie pieniądze publiczne tak, żeby służyły pacjentom, którzy wymagają rehabilitacji. Wiadomo, że nie można dopuścić ani do marnotrawstwa środków finansowych, ani tym bardziej do marnotrawstwa zasobów ludzkich, jakie mamy w ramach rehabilitacji i fizjoterapii – a to wszystko świadczy o dostępie do tego typu usług w ramach opieki zdrowotnej – więc warto byłoby zastanowić się nad tym, w jaki sposób usprawnić wszystkie działania, żeby to wszystko było ze sobą kompatybilne. Bo potem okazuje się, że jeden pacjent otrzymuje więcej niż powinien – może nie za dużo, ale dużo więcej niż ktoś inny – tylko dlatego, że ma takie możliwości korzystania z bardzo różnych źródeł świadczeń rehabilitacyjnych.

Stąd moje pytanie do państwa, którzy są dzisiaj na sali, a więc do pani prof. Księżopolskiej-Orłowskiej i do pana doc. dr hab. Zbigniewa Śliwińskiego – czyli, naszych konsultantów krajowych w sprawach rehabilitacji i fizjoterapii. Czy państwo prowadzą wspólne rozmowy, po pierwsze, żeby wypracować model rehabilitacji, aby obejmował obie dziedziny w ramach współpracy, a nie rywalizacji, i stworzyć wreszcie projekt – nie wyobrażam sobie tego bez udziału Ministerstwa Zdrowia, NFZ, PFRON i wszystkich innych podmiotów – który rzeczywiście zapewniłby zabiegi rehabilitacyjne na odpowiednim poziomie? Bo, jeżeli czytam w dokumencie, który otrzymaliśmy, i w dokumentach przygotowanych przez państwa konsultantów, o rozwoju polskiej rehabilitacji i fizjoterapii, a nie znajduję ani jednego zdania na temat tego, co ma być... Bo to, co mamy, opisujemy dzisiaj w ramach posiedzenia Komisji, i w ubiegłym roku, i jeszcze w poprzednim. Jest jednak pytanie, jakiego modelu polskiej rehabilitacji i fizjoterapii oczekujemy na przyszłość. Muszę bowiem powiedzieć, że gdy czytam zdanie „postęp cywilizacji, dynamiczny rozwój nauk medycznych oraz przemiany obyczajowe wyznaczają wysoki poziom oczekiwań i potrzeb rehabilitacyjnych naszego społeczeństwa”, to zastanawiam się, co należy rozumieć przez to tak mądrze brzmiące zdanie. Chciałabym tak mądre zdanie wypełnić jakąś treścią. Tak więc, nie ukrywam, że bardzo by mi zależało na tym, żeby konsultanci krajowi z obu dziedzin i konsultanci wojewódzcy z obu dziedzin być może usiedli do jednego „okrągłego stołu” i być może zaprosili do tych rozmów podmioty publiczne odpowiedzialne za dyspozycję pieniędzy. Jednak najpierw trzeba wymyślić system rehabilitacji pacjentów w Polsce, żeby uniknąć wątpliwości odnośnie do tego, czy każda złotówka jest skutecznie wykorzystana dla dobra pacjenta. Bo mówi się mądre słowa na temat starzenia się społeczeństwa, coraz większej niepełnosprawności ludzi, także młodych, którzy powinni być aktywni zawodowo, a choroby – pomijam choroby z autoagresji – również zwyrodnieniowe, dosięgają coraz młodszych ludzi. Tyle, ile mamy dzisiaj zmian zwyrodnieniowych w stawach kolanowych, w stawach biodrowych...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Przepraszam, pani poseł, proszę kończyć wypowiedź, bo jest jeszcze wiele osób, które chcą zabrać głos.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Przemilczę, i nie odpowiem. …w stawach biodrowych czy w obręczy barkowej. Przecież wiele osób nie pracuje przez wiele miesięcy w roku tylko dlatego, że nie korzysta z dobrodziejstw rehabilitacji i fizjoterapii. Muszę powiedzieć, że jestem po tych doświadczeniach i wiem, jak jest to ważne. Gdyby nie rehabilitacja i fizjoterapia, to pewnie już musiałabym jeździć na wózku inwalidzkim, albo musiałabym się poddać operacji, którą nie wiem czy bym przeżyła. To są moje doświadczenia, ale ja jestem lekarzem świadomym tego, co powinnam robić na co dzień, jakie są moje powinności i jakie wnioski powinnam wyciągnąć ze swoich doświadczeń. Czy przeciętny pacjent rozumie rehabilitację jako niepójście na 10 czy 20 zabiegów do gabinetu rehabilitacyjnego, czy też rozumie jako edukację rehabilitacyjną, żeby samemu sobie pomóc, aby przez następne 10–20 lat być człowiekiem na tyle sprawnym, żeby być ogólnie aktywnym zawodowo, społecznie i w każdej dziedzinie życia? Bardzo bym prosiła, żeby państwo konsultanci mogli się do tego odnieść.

Jedno zdanie na koniec. Pani przewodnicząca, bardzo bym chciała, żeby w końcu udało się uchwalić ustawę o zawodzie fizjoterapeuty, dlatego, że stykamy się nie tylko w doniesieniach medialnych, ale również na naszych dyżurach poselskich z pretensjami, że na rynku zdrowotnym jest coraz więcej chętnych do łatwego zarobku, którzy uważają, że są rehabilitantami, fizjoterapeutami, a co najwyżej nadają się do wkręcania śrubek albo pchania wózka inwalidzkiego, a nie do dotykania się do pacjenta. Bardzo by mi zależało na tym, żeby pan minister udzielił odpowiedzi panu posłowi Millerowi na pytanie, kiedy możemy się spodziewać postępu w tym zakresie ustawodawczym. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hoc, proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Postaram się mówić krótko, ale najpierw poruszę dwie kwestie. Pierwsza, to ogólna konstatacja. Wydawać by się mogło z informacji przedstawionych przez pana ministra, pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i przez panią profesor, że w rehabilitacji leczniczej jest dobrze albo dość dobrze. Niestety, wydaje się – a nawet jestem tego pewien – że w rzeczywistości rehabilitacja lecznicza...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Przepraszam bardzo. Pozwólmy wysłuchać tego, co pan poseł chce powiedzieć, bo jeżeli będziemy prowadzić dyskusję między sobą, to kompletnie nie dojdziemy do żadnego wniosku.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

W rzeczywistości rehabilitacja lecznicza bardzo niepokoi i zasmuca, bo, jeśli pani profesor przytacza piękną sentencję pana prof. Wiktora Degi: „Nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia, a potem pozostawienie go samemu sobie", to mam nieodparte wrażenie, jak wielu pacjentów tak właśnie myśli – chociaż może nie zna tej sentencji – „po skomplikowanej operacji zostałem pozostawiony sam sobie i muszę chodzić od placówki do placówki, a w końcu wchodzę na teren placówki prywatnej, płacę i rehabilituję się". Taka jest rzeczywistość, w moim odczuciu, i w mojej obserwacji.

I ostatnia kwestia. Ma to odzwierciedlenie w kolejkach. Chciałbym więc zapytać pana ministra, jaki jest sens, albo jaka jest wiarygodność tego, co podajecie. Chodzi o łączną liczbę osób oczekujących i średni rzeczywisty czas oczekiwania na przyjęcie do zespołu rehabilitacji domowej, skoro w ostatniej tabelce podajecie, że liczba komórek organizacyjnych, które przekazały informacje sprawozdawcze z zakresu list wynosi zero, zero, zero. Czyli, praktycznie zero. To jaka to jest informacja? Jaka jest jej wiarygodność? Żadna. Patrzę: zachodniopomorskie, przypadek pilny, przypadek stabilny – zero, zero, zero, zero. I całe takie karty. Choć w zachodniopomorskim jest podany jeden przypadek, to łącznie oczekuje 10.000 osób.

I już ostatnia sprawa. Panie ministrze, prosiłbym, żeby przekazał pan panu ministrowi Arłukowiczowi, że w świętokrzyskim jedna osoba, przypadek pilny, oczkuje na rehabilitację 42 dni. Proszę mu to przekazać, a w świętokrzyskim jedna osoba, przypadek pilny, oczekuje 48 dni. To gwoli sprawiedliwej oceny i bystrości pana Arłukowicza.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Następny do głosu zgłosił się pan poseł Piontkowski. Proszę bardzo.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):

Chciałbym wrócić do kształcenia fizjoterapeutów. Od kilku lat nie ma kształcenia na poziomie policealnym. Czy według ministerstwa był to dobry krok, który doprowadził do zwiększenia umiejętności, zwłaszcza praktycznych, osób pracujących w tym zawodzie? I związany z tym temat drugi, odnośnie do ustawy, którą państwo przygotowują, i może w końcu przygotują: co będzie z osobami, które mają tylko wykształcenie technika? Czy będą mogły dalej wykonywać swój zawód, czy będą musiały dokształcać się, czy jednak państwo zwrócą uwagę przede wszystkim na ich umiejętności praktyczne? I jeszcze z tym związany element: czy osoby przygotowane do zawodu fizjoterapeuty nie powinny mieć jednak pewnej specjalizacji? Ja to wiem w wyniku własnych doświadczeń, bo mam problemy, choćby z kręgosłupem. Czy nie powinno być tak, żeby osoby po ogólnym wykształceniu fizjoterapeutycznym nie miały prawa do tego, aby wykonywać wszystkie zabiegi? Czy nie powinno być pewnego podziału, zwłaszcza w stosunku do tych osób, które zajmują się kinezyterapią i masażem, bo one mogą przynieść największe szkody pacjentowi? Tak mi się wydaje.

Element drugi. W polskiej szkole fizjoterapii zapisali państwo piękne zadanie, o którym mówiła również pani profesor – pani konsultant – że natychmiast po zaistnieniu potrzeby powinna być zagwarantowana ciągłość i kompleksowość leczenia. W związku z tym mam pytanie do pana ministra. Co mają zrobić chorzy pacjenci i ich rodziny, którzy po zaistnieniu potrzeby muszą czekać kilkanaście albo kilkadziesiąt dni na rehabi-

litację lub na przyjęcie do lekarza? Czy w tym czasie mają leczyć się sami, czy czekać, często z ogromnym bólem?

I element ostatni, o którym mówił częściowo pan poseł Ziętek. Zbliża się kolejny okres kontraktowania świadczeń, dlatego mam pytanie – czy NFZ w skali krajowej będzie dawać jakieś wytyczne dotyczące dwóch elementów? Po pierwsze, czy odnośnie do podmiotów, które będą startować w konkursach, będzie nacisk na to, aby to były podmioty duże, które będą eliminować mniejsze przychodnie, gabinety, czy przeciwnie, będzie nacisk na to, aby środki były rozproszone. Czy będzie jednolita polityka w tym zakresie? I drugi element – czy będzie próba kontynuacji preferowania tych zakładów, które dotąd prowadziły tego typu ośrodki i zabiegi, czy będzie się stawiać w większym stopniu na nowe ośrodki? Na przykład, w województwie podlaskim kilka lat temu mieliśmy takie doświadczenie, że w wyniku konkursu przeprowadzonego przez NFZ nagle znikło z mapy lecznictwa rehabilitacyjnego ponad 50% placówek, co oczywiście powodowało ogromne problemy z zatrudnieniem, przynajmniej części tych osób, ale chyba jeszcze większe problemy mieli pacjenci, którzy od kilku lat leczyli się w tych samych gabinetach, u tych samych lekarzy, a potem, nagle, bez dodatkowej opłaty nie mogli takiego leczenia kontynuować. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Następna do głosu zgłosiła się pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Ja mam pytanie głównie do pana prezesa NFZ. Chodzi mi o sposób i metodologię gromadzenia danych, które zostały nam zaprezentowane w wielu zestawieniach tabelarycznych. Pod koniec, w tabeli na str. 57 wyszczególniona jest ogólna liczba świadczeniodawców, którzy świadczą usługi w zakresie rehabilitacji. Natomiast w poszczególnych tabelkach są pokazywane głównie kolejki do poszczególnego rodzaju świadczeń. Mam pytanie odnośnie do tabeli nr 4. Chodzi mi o przypadek w województwie opolskim. W ogóle, moje pierwsze pytanie – czy wszystkie podmioty, które mają zakontraktowane świadczenia w zakresie rehabilitacji, mają obowiązek sprawozdawania tych świadczeń? Czy to jest robione wyrywkowo, czy sprawozdaje, kto chce? Jeżeli tak, to nie mamy rzetelnych i kompleksowych danych. Proszę powiedzieć, jaka jest metodologia.

Wracając do tabeli nr 4, przypadku w województwie opolskim, to jest str. 27, łączna liczba osób oczekujących i średni czas oczekiwania do oddziałów fizjoterapii w podziale na kategorie medyczne. W styczniu 2014 r., w przypadku pilnym było 1228 osób oczekujących, a w przypadku stabilnym – 260.000. W ostatniej rubryce liczba komórek, które sprawozdały – 2173, podczas gdy zakontraktowanych podmiotów na str. 52 mają państwo tylko 134. Mam pytanie, jak to jest możliwe, że takie liczby tu się podaje. Proszę to wytłumaczyć, a może to jest błąd, to znaczy, że te dane są mocno przypadkowe i nie były analizowane.

Druga tabelka. Już o to ktoś z posłów pytał. To jest str. 30. Osoby oczekujące do świadczeń pracowni kinezyterapii. Tu sprawozdał tylko oddział kujawsko-pomorski. Moje pytanie jest następujące: czy te świadczenia świadczy tylko ten oddział, czy pozostałe nie sprawozdały, a jeśli nie sprawozdały, to dlaczego? Czy nie mają takiego obowiązku? Jeżeli my generujemy dane, wyciągamy wnioski, agregujemy te dane, to wydaje się, że ta próba powinna dotyczyć wszystkich. Wtedy mamy wiarygodny obraz. Proszę wytłumaczyć, jaka jest zasada gromadzenia tych danych i czy jest obowiązek po stronie podmiotów do ich sprawozdawania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. W ten sposób lista mówców ze strony posłów została wyczerpana. Kto z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Będę udzielać głosu. Proszę się przedstawiać do mikrofonu. Proszę bardzo, pan po lewej stronie.

Konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii Zbigniew Śliwiński:

Dziękuję bardzo. Zbigniew Śliwiński, krajowy konsultant w dziedzinie fizjoterapii, profesor Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, doktor habilitowany nauk medycznych i nauk

kultury fizycznej. Pozwolę sobie uzupełnić wypowiedź pani prof. Księżopolskiej, ponieważ państwo muszą mieć jednak więcej wiedzy na temat systemu kształcenia fizjoterapeutów w Polsce.

Jest to grupa specjalistów, których w Polsce mamy w tej chwili... Różne źródła różnie podają. Pan minister dzisiaj podał, że jest ich około 20.000, natomiast z naszych szacunkowych obliczeń wynika, że jest ponad 50.000 fizjoterapeutów, a rocznik statystyczny z 2013 r. podaje, że w Polsce jest 200.000 fizjoterapeutów. Jakby na to nie patrzeć, jesteśmy trzecią grupą fachowych pracowników ochrony zdrowia w Polsce, po pielęgniarkach i lekarzach, a do dzisiejszego dnia, niestety, nie mamy ustawy.

System kształcenia fizjoterapeutów w Polsce jest oparty na trzech stopniach. Pan pytał o techników. Skończyliśmy to w 2004 r. dlatego, że jesteśmy w Unii Europejskiej, gdzie nie ma takiego systemu kształcenia, a my jesteśmy zawodem notyfikowanym medycznym. System kształcenia licencjatów oparty jest w Polsce na 3920 godzinach, według starych standardów, magistrów – na 2600 godzinach, czyli mamy 6420 godzin. Dla porównania, system kształcenia lekarza w ciągu sześcioletnich studiów oparty jest na 5840 godzinach edukacyjnych. Do tego, po trzech latach pracy fizjoterapeuta podejmuje czteroletnią specjalizację na takich samych zasadach jak lekarz i realizuje ją w wymiarze 2200 godzin. W Polsce, 12 lat po maturze, w pełni wykształcony fizjoterapeuta ma za sobą 8420 godzin, i nie ma ustawy. Proszę państwa, chciałbym powiedzieć, że jeśli państwo wejdą do SYNABY, to okaże się, że wśród fizjoterapeutów mamy 88 samodzielnych pracowników nauki, świetnie przygotowanych specjalistów, doktorów habilitowanych w zakresie nauk medycznych, w zakresie nauk o zdrowiu i w zakresie kultury fizycznej, a zatem czas najwyższy, aby rzeczywiście siąść do stołu i rozmawiać o kompetencjach, o które tak bardzo zabiegamy.

Bardzo dziękuję pani poseł Radziszewskiej za propozycję wspólnego stołu, ponieważ my jesteśmy czasem zapraszani – tak zdarzyło się w 2011 r., kiedy pan minister powołał komisję, która miała opracowywać nowy standard z rehabilitacji medycznej. Prace nad tym standardem zostały zakończone w lipcu 2012 r., ale, jeśli chodzi o komisję, której członkiem byłem, to do dzisiaj nie wszyscy jej członkowie dostali dokument tego standardu, który miał być podstawą do tego, żebyśmy potem mogli dyskutować nad kontraktacją usług i świadczeń w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii.

Proszę państwa, dalej chciałbym powiedzieć, że 90% procedur w Narodowym Funduszu Zdrowia, w katalogu ICD-9, są to procedury fizjoterapeutyczne. Na całym świecie jest zawód fizjoterapeuty, nie rehabilitanta, nie magistra fizjoterapii, tylko fizjoterapeuty. Chciałby, aby państwo to zrozumieli dlatego, że wiele podmiotów w tej chwili ma kontrakt z NFZ. W Polsce jest ich około 8000, i powinny one – zgodnie z wytycznymi, które w tej chwili obowiązują – mieć jednego lekarza specjalistę z rehabilitacji. W związku z tym potrzeba nam 8000 lekarzy specjalistów z rehabilitacji medycznej, a jak tu dzisiaj usłyszeliśmy, mamy 1560 osób pracujących w systemie specjalistów fizjoterapii, czyli tych ludzi, którzy ukończyli najwyższy poziom edukacji, mamy w tej chwili w Polsce ponad 1000. Mamy 36 ośrodków, które są akredytowane przez ministra zdrowia do prowadzenia specjalizacji, i aktualnie 364 w trakcie specjalizacji z fizjoterapii. Myślę, że jest to system, który pozwala nam w Polsce kształcić fizjoterapeutów nie lekarzy, ale jest to grupa ludzi, która reprezentuje zawód medyczny na bardzo wysokim poziomie wiedzy, zarówno teoretycznej, jak i praktycznej.

Dlatego bardzo cieszę się, że mogę uczestniczyć w dzisiejszym spotkaniu i słyszę tak twórcze wypowiedzi, jak pana posła Millera czy pana posła, który mówił o Podkarpaciu, że jednak ustawa o zawodzie fizjoterapeuty ma trzy aspekty. Przede wszystkim – bezpieczeństwo pacjentów. Proszę państwa, w telewizji mieli państwo okazję widzieć już wiele programów pokazujących, jak szarlatani – nie boję się użyć tego słowa – próbują leczyć pacjentów, oszukują ludzi i nie ma na to siły. W związku z ostatnią akacją pana ministra, mamy chęć skrócenia kolejek. Jest taka możliwość, nawet bez zwiększania nakładów finansowych. Trzeba uwolnić system dostępu do fizjoterapeuty. I trzecia sprawa – mamy naprawdę świetnych fizjoterapeutów wyszkolonych w Polsce, którzy znajdują pracę w Europie. 46% migrujących w Europie fizjoterapeutów to Polacy. Może więc warto zastanowić się nad tym, żeby tych świetnie wykształconych specjalistów zatrud-

nić tu, w Polsce. Na zakończenie chcę powiedzieć, że jest mi bardzo przykro, że z całego budżetu ochrony zdrowia, z 63 mld zł, niecałe 3% jest przeznaczane na rehabilitację. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan po lewej stronie.

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Piotr Majcher:

Piotr Majcher. Reprezentuję Polskie Towarzystwo Rehabilitacji. Jestem wiceprezesem tego towarzystwa i chciałbym również zabrać głos w dyskusji i poruszyć następujące zagadnienia. Proszę państwa, rzeczywiście czas najwyższy – również byłbym za tym, co pani minister Radziszewska powiedziała – siąść do „okrągłego stołu" i ustalić, jak powinny być wydatkowane pieniądze na rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową. Powinno się odróżnić, co jest rehabilitacją leczniczą, co jest aktywnością fizyczną i oddzielić te kwestie. Nie stać państwa polskiego na finansowanie aktywności fizycznej społeczeństwa. Ta aktywność, niestety, musi być finansowana z innych funduszy.

Chciałbym również poprzeć to, co powiedziała pani poseł – przepraszam, nie pamiętam nazwiska pani poseł – żeby rozdzielić to, kto jakiej rehabilitacji potrzebuje. Co innego rehabilitacja w stanach nagłych, a co innego w stanach przewlekłych, ale jest wreszcie rehabilitacja przewlekła, która ratuje życie, umożliwia byt w społeczeństwie. I to właśnie lekarz specjalista rehabilitacji jest w stanie oddzielić i wskazać.

Oczywiście musi być wspólny front. My kolegów, którzy walczą o swoją ustawę, wspieramy w tym względzie. Oczywiście muszą być podzielone kompetencje. Sami fizjoterapeuci mówią, że nie wszyscy są jednakowo wykształceni, więc musi być odpowiedni podział, komu dać prawo wykonywania zawodu, komu dać jakie kompetencje, bo to jest podstawowa rzecz – podział kompetencji. Oczywiście na pewno koledzy fizjoterapeuci nie chcą zastąpić lekarzy, ponieważ byłoby to wbrew Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, bo na razie w Polsce może leczyć tylko lekarz. Taki jest przepis. Zatem my popieramy ich w tym względzie i jako tryb tego wielkiego zespołu rehabilitacji chętnie będziemy z nimi współpracować i rozmawiać, po to, żeby skorzystał na tym pacjent, i tylko pacjent.

Wiele pieniędzy jest na polskim rynku rehabilitacji. I to właśnie jest nazwane, że to jest rehabilitacja. Trzeba wydatkowanie tych pieniędzy skoordynować. Powinno się więc stworzyć ustawę, a może program, który by kompleksowo koordynował wydatkowanie środków na rehabilitację, bo tylko taki model... W tej chwili, proszę państwa, w Meksyku obraduje Międzynarodowe Towarzystwo Lekarzy Specjalistów Fizjoterapii, Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji – bo taki jest w tej chwili tytuł obowiązujący w Europie i na świecie. U nas jest to specjalista rehabilitacji medycznej, a na świecie jest to specjalista medycyny fizykalnej i rehabilitacji. Oni obradują właśnie o tych kwestiach, o jakości życia, ponieważ WHO przyjęło konwencję, którą każde państwo ma być zobligowane do pomocy osobom niepełnosprawnym, do scalenia tych wszystkich sił i środków, żeby poprawić osobom niepełnosprawnym jakość życia.

To na wstępie tyle z mojej strony. Mam tylko nadzieję, że koledzy z fizjoterapii nie zgłoszą wniosku, żeby zlikwidować geriatrów, bo jest ich w Polsce tylko 130. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Mam wrażenie, że na tym posiedzeniu zaczęła się taka dyskusja przy „okrągłym stole" i to, co panowie mówią, to – jak na razie – jest trochę rozbieżne. Mam nadzieję, że te poglądy przybliżą się na koniec. Pani dr Janicka, proszę bardzo.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, panie ministrze, panie prezesie, ja króciutko, od strony pacjenta. Oczywiście, jeśli chodzi o wszystkie uwagi dotyczące regulacji zawodu – jak najbardziej. Natomiast chcę zwrócić uwagę na wydłużanie się drogi do rehabilitacji zwykłemu pacjentowi z małej wsi, z małej miejscowości. To jest w tej chwili problem w zakresie kontraktowania. Chcę przypomnieć, że w 1999 r. była mowa o tym, że będzie powstawać tak zwana podstawowa rehabilitacja w wąskim zakresie, właściwie w każdej placówce lekarza POZ. To nie są te wielkie rehabilitacje

pourazowe, kardiologiczne, tylko podstawowe zapobieganie niepełnosprawności i pogarszaniu się stanu zdrowia. Zamiast farmakoterapii – fizykoterapia.

W tej chwili liczba małych kontraktów jest bardzo ograniczona, już nie będę mówić, że często była regulowana kolejnym zakupem sprzętu, żeby spełnić wymogi. Dzisiaj na to zwracamy uwagę – w małych miejscowościach pacjent ma coraz dalej do rehabilitacji. I kosztowo jest to bardzo istotne dla pacjenta. Trzeba rozważyć, gdzie tworzyć centra i czemu mają one służyć, a gdzie ma się robić tę wąską rehabilitację – nie pourazową, nie poudarową, ale tę narządów ruchu, jaką mamy w małych miejscowościach. Tu ta odległość jest znaczna. Tylko to chcę zasygnalizować, pani przewodnicząca, a resztę moi przedmówcy już poruszyli. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, następny w kolejce. Pan się zgłaszał.

Prezes Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie Jerzy Karwowski:

Dziękuję serdecznie. Szanowni państwo, ze zdziwieniem usłyszałem od prezesa Funduszu...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę się jeszcze przedstawić...

Prezes Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie Jerzy Karwowski:

Jerzy Karwowski, Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie. Z wielkim zdziwieniem usłyszałem informację prezesa Funduszu, że dwukrotnie zostały zwiększone fundusze na rehabilitację. W samym powiecie piaseczyńskim dostaliśmy na drugie półrocze o 6 mln zł mniej. Kolejka do pilnej rehabilitacji wydłuży się z 6 miesięcy przynajmniej dwukrotnie.

Następny problem, to sprawa jakości. Przez 2 lata mieliśmy projekt ustawy, który miał promować jakość, akredytację Ministerstwa Zdrowia. My tę akredytację zdobyliśmy – ogromny wysiłek całego zespołu – są wspaniale monitorowane wszystkie działania, i okazało się, że z kontraktacji zostało to wypisane. Szpitale rehabilitacyjne straciły możliwość otrzymania dodatkowych punktów preferencyjnych. Odpisał nam z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Fundusz, że to tylko dobro pacjentów zadecydowało o tym, że zakłady rehabilitacyjne też kontraktują rehabilitację stacjonarną, a to są zupełnie inne świadczenia.

I następna sprawa. Apeluję o to, żeby traktować podmioty publiczne i prywatne jednakowo, żeby był równy dostęp do środków Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i do środków unijnych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Widzę zgłoszenie z prawej strony. Proszę bardzo.

Prezes Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii Marek Kiljański:

Marek Kiljański, prezes Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii. Mam pytanie, bardzo konkretne, do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Pan prezes był uprzejmy powiedzieć, że respektowane są wszystkie przepisy prawa stosowane czy mające zastosowanie w naszym państwie. Proszę państwa, rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 września 2013 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2014 r., na podstawie odpowiedniego artykułu ustala tę pensję na 1680 zł. Proszę słuchać uważnie. Według przyjętych standardów wyliczania kosztów pracy przy płacy minimalnej brutto 1680 zł, koszt całkowity zatrudnienia pracownika wynosi dla pracodawcy 2028,43 zł. Koszt całkowity zatrudnienia pracownika dla pracodawcy uwzględnia jedynie obowiązkowe kwoty przekazywane pracownikowi, do ZUS i do urzędu skarbowego. Podana kwota nie uwzględnia płatnych przez pracodawcę obowiązkowych kosztów badań lekarskich, szkoleń BHP, szkolenia zawodowego koniecznego do utrzymania wiedzy pracownika ochrony zdrowia na poziomie niezbędnym do ratowania i podtrzymywania zdrowia pacjentów, kosztów związanych z funduszem socjalnym ani kosztów zastępstw w czasie udzielania obowiązkowego urlopu wypoczynkowego, wypłat nagród jubileuszowych, odpraw pieniężnych, godzin nadliczbowych itd. W przypadku ochrony zdrowia do powyższych składników, szczególnie w dziedzinie fizjoterapii, należy doliczyć takie koszty, jak

koszty materiałowe, sprzętowe, pośrednie, pomieszczeń, które pan prezes coraz bardziej szczegółowo określa i stawia wymagania coraz trudniejsze do spełnienia, przy założeniu, że Narodowy Fundusz Zdrowia niejako kontraktuje pracownika, czyli, przypisuje do NFZ, co oznacza, że w czasie wykazanym dla NFZ pracownik nie może świadczyć odpłatnych usług.

Chciałbym powiedzieć, że jesteśmy w trakcie kontraktowania. Jest mi bardzo miło, że prezesem NFZ został wiceprezes oddziału zachodniopomorskiego, ale w tym właśnie województwie jesteśmy na końcu kontraktacji, tak jak w przypadku Podkarpacia, gdzie, proszę państwa, tak się dzisiaj kontraktuje. Przyjęto wskaźnik. Jak mówił przed chwilą pan dyrektor, po co ISO, po co akredytacja, po co dyplomy? Został przyjęty wskaźnik na zatrudnionego fizjoterapeutę. Ten wskaźnik został przyjęty na poziomie 2200 zł brutto przychodu. Przecież z tego nie da się utrzymać stanowiska. Czy państwo polskie, rząd Rzeczypospolitej Polskiej w swoich rozporządzeniach, ustawach i konstytucji określił maksymalną płacę na poziomie 1/4 minimalnej płacy?

Proszę państwa, wszyscy są równi wobec prawa. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny – art. 65 Konstytucji. Każdemu zapewnia się wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. My jesteśmy dzisiaj, proszę państwa, traktowani gorzej niż w średniowieczu. Jeśli pracownik może mieć przychodu 2200 zł brutto, oznacza to, że gdyby dostał 100% pensji, to nie wystarcza na minimalną krajową. Gdzie pan jest, panie prezesie? Jest to rzecz zasadnicza. My dzisiaj rujnujemy polską rehabilitację, nie ma rehabilitacji, bo przy takiej wysokości kontraktów każdy będzie musiał zbankrutować.

Proszę państwa, jeśli chodzi o inne kwestie, to zgadzam się z przedmówcami – potrzebny jest „okrągły stół". Na otwarciu obrad okrągłego stołu w 2002 r., po moim wystąpieniu, zaprzyjaźniłem z ówczesnym ministrem zdrowia, panem Sikorskim. Otóż – to było również dzisiaj, w tej sali – najwięcej chłosty dostaje minister zdrowia, a najmniejszą kwotę przeznacza na rehabilitację. Usłyszeliśmy tutaj, że dwukrotnie większą kwotę ma PFRON, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego etc. To jest rehabilitacja. Mówimy tylko o rehabilitacji leczniczej.

Jeśli chodzi o nadzór, o którym mówiła pani prof. Księżopolska, jest on kompletną fikcją. Jeśli jest 1500 lekarzy i 8500 zakontraktowanych poradni, to każdy lekarz pracuje w co najmniej pięciu poradniach – statystycznie. Nie mówię o oddziałach szpitalnych, bo to jest już fikcja. Proszę państwa, dochodzi dzisiaj do tego – trzeba to tutaj głośno powiedzieć – że aby móc uzyskać kontrakt, muszę dać lekarzowi 9000 zł, bo za mniejsze pieniądze nie chce przyjść. Myślę, że większość z państwa posłów-lekarzy za takie pieniądze chętnie by przyszło do pracy.

Pani poseł Radziszewska pytała o konkrety. My taki konkret mamy. Kilka lat temu złożyliśmy w Ministerstwie Zdrowia projekt karty pacjenta, który podlega rehabilitacji. Dzisiaj te środki są rozproszone na różne ministerstwa. Z jednej strony, te środki ma minister zdrowia, minister pracy i polityki społecznej, minister edukacji narodowej w zakresie rehabilitacji pedagogicznej dzieci, a z drugiej strony, samorządy mają swobodę w realizacji zadań z tego zakresu. Brak systemu, który by integrował wszystkie formy pomocy. Wprowadzenie jednolitych przepisów pomogłoby rozwiązać ten palący problem. Jednym z rozwiązań mogłoby być stworzenie specjalnego systemu, niejako centralnej bazy danych osób korzystających z rehabilitacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Po lewej strony widzę dwa zgłoszenia. Proszę państwa, będziemy się zbliżać do końca, ponieważ chcemy jeszcze wsłuchać ministra i prezesa, a mamy ograniczony czas naszej obecności w tej sali, proszę o bardziej skrótowe wypowiedzi. Bardzo o to proszę.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Wiesław Rycerski:

Odnośnie do „okrągłego stołu", zdecydowanie popieram zdanie prezesa. Kiedy rozmawiamy z Narodowym Funduszem Zdrowia... Przepraszam, Wiesław Rycerski, zastępca dyrektora Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty", o którym pan poseł Ziętek

tu dzisiaj wspomniał, i członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Kiedy wspólnie z Polskim Towarzystwem Fizjoterapii rozmawialiśmy w NFZ na temat jednorodnych grup w rehabilitacji ogólnoustrojowej, nie mogliśmy w żaden sposób dojść do konsensu, skąd biorą się wyceny NFZ. Kiedy my przedstawiamy swoje, one zawsze mają jakiś formalny błąd, według NFZ nasze wyliczenia są tendencyjne. W związku z tym, chcąc uniknąć tej tendencyjności, zwróciliśmy się do NFZ, żeby przedstawił swoje wyliczenia, na podstawie których znalazł stawkę kapitacyjną. Oczywiście, nigdy tego nie dostaliśmy. Dlaczego? Dlatego, że te kwoty są tak zaniżone. To jest pierwsza uwaga, z którą chciałem się podzielić.

Druga uwaga. Tu jest mały spór z fizjoterapeutami. Otóż, specjalista rehabilitacji nie jest powodem tworzenia się kolejek i wydłużania czasu dostępności do końcowej usługi fizjoterapeutycznej. Kolejki buduje tylko, po pierwsze, zbiór osób potrzebujących rehabilitacji i po drugie, oferta Narodowego Funduszu Zdrowia, którą przedstawia. Z tego bierze się kolejka. Jeżeli wstawimy jedno pośrednie ogniwo, siedem pośrednich ogniw, to nic to nie zmienia, i tak punkty A i B będą się różnić w czasie o określoną długość.

Lekarz specjalista jest kluczową postacią w rehabilitacji. Do tego doszedł już cały świat, nazwijmy go, bogatszy. Dzisiaj już była mowa o tym, że prezes, prof. Kujawa, jest w Meksyku na obradach Międzynarodowego Towarzystwa Lekarzy Specjalistów Fizjoterapii, Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji. Tam właśnie powstaje w Światowej Organizacji Zdrowia Sekcja Rehabilitacji, właśnie w uznaniu zasług rehabilitacji w systemie ochrony zdrowia. Drugi istotny element, to jest to, co przedstawia nam Unia Europejska i grono specjalistów unijnych, czyli oficjalnie przyjęty dokument – biała księga rehabilitacji, który również na to wskazuje, że koordynatorem działań rehabilitacyjnych jest specjalista rehabilitacji.

Dlaczego to jest tak ważne? Dlatego, że problem nie jest na linii konfliktowej fizjoterapeuta – specjalista rehabilitacji, tylko chodzi o konieczność zespolenia wysiłków również wielu innych zawodów medycznych – protetyków, logopedów, psychologów, asystentów socjalnych, terapeutów zajęciowych i wielu, wielu innych.

Wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia. Ktoś z panów posłów, czy pań posłanek, jeżeli dobrze pamiętam, powiedziała pani o rehabilitacji kardiologicznej. Rzeczywiście, pojawiają się coraz większe wymogi formalne ze strony NFZ, za czym nie idzie wycena świadczenia. Te wymogi formalne osobowe powodują konieczność zatrudnienia nowego personelu, a nie idzie za tym przyrost środków. Z tego by wynikało, że mamy schodzić z wynagrodzeniami w kraju rozwijającym się, z ponad 3-procentowym PKB wzrostu w pierwszym kwartale.

Ustawa dotycząca zawodu fizjoterapeuty powinna być bezwzględnie przygotowana. I takie jest również nasze stanowisko – Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Oczywiście, zawsze są pewne sprawy konfliktowe. Wydaje się, że to, co trochę to wstrzymuje, to – w naszym przekonaniu – kwestia lekarzy, próby osiągnięcia nadmiernej samodzielności zawodowej zawodu fizjoterapeuty. Podkreślam tę rzecz, o której mówi prof. Śliwiński. Wszyscy specjaliści fizjoterapii, których znam – a GCR „Repty" jest jednym z pierwszych ośrodków kształcących w tej specjalizacji – są znakomici, ale jest ich naprawdę niewielu. Przeciętny poziom fizjoterapeuty – takie jest moje zdanie, ale również mojego Towarzystwa – uniemożliwia samodzielność zawodową. Być może to kiedyś się zmieni. Zresztą, mamy cytat – pana wypowiedź dotyczącą licencjatów fizjoterapii. To nie jest przerzucany kamyczek. Należy podnosić jakość kształcenia, ale wydaje nam się, że dzisiaj tej możliwości samodzielności zawodowej nie ma.

Odnośnie do przyszłości, bo padło takie pytanie – ostatnie zdanie – chciałbym powiedzieć, że do 2015 r. obowiązuje w Polsce Narodowy Program Zdrowia. Tam są wymienione bardzo piękne dziedziny – zmniejszenie liczby zgonów i poprawa stanu zdrowotnego w zakresie chorób kardiologicznych, naczyniowych, neurologicznych. Mówimy tam o układzie kostno-stawowym, o leczeniu otyłości i innych chorobach metabolicznych. Niestety, w tamtym dokumencie zabrakło rehabilitacji. Panie i panowie posłowie, przedstawiciele rządu – wy musicie mieć tę świadomość. Pewnie ją macie, ale to trzeba tu wypowiedzieć. Wszystkie sukcesy tamtych dziedzin – kardiochirurgii, neurochirurgii, neurologii, ortopedii, pulmonologii – skutkują zapotrzebowaniem na rehabilitację, dla-

tego, że pacjent wypuszczony z rąk specjalisty tych dziedzin – może to jest porównanie trochę chwytliwe, nienaukowe – jest jak samochód, którego w takim stanie nikt z nas nie odbiera od mechanika. To jest samochód jeżdżący, ale on jest brzydki, huczy, trzeszczy itd. Rehabilitacja daje życie temu człowiekowi. Oczywiście, tematów jest dużo więcej, ale nie chcę przedłużać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Proszę bardzo, pani.

Przedstawicielka Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Krystyna Gamecka:

Krystyna Gamecka, Polskie Towarzystwo Rehabilitacji. Ja bardzo krótko chciałabym powiedzieć, że nasze stanowisko, które określa rehabilitację jako proces wykonywany przez zespół, nie jest pochodzenia polskiego, chociaż, tak naprawdę, polska szkoła rehabilitacji gdzieś była u źródeł. Mamy dokumenty, które są opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia. Jeden z nich, to raport na temat stanu rehabilitacji, który został opublikowany w 2011 r., a przyjęty jako obowiązujący w ubiegłym roku, w maju, na sesji Światowej Organizacji Zdrowia. To jest raport, z którego wiele wynika. Chętnie udostępnię szczegóły tego raportu – teraz nie ma na to czasu. Jest też drugi dokument – to jest plan rehabilitacji na lata 2014–2021. Ten dokument ma ponad 120 stron i określa bardzo dokładnie, w jaki sposób ma być w świecie prowadzona rehabilitacja. Z kolei w raporcie – wrócę jeszcze na chwilę do raportu – są rozwiązania, które być może chcielibyśmy przyjąć, ale one – jak porównywałam – byłyby przyjmowane w krajach trzeciego świata. To nie były rozwiązania przyjmowane przez kraje wysokorozwinięte. Chętnie służę tym raportem osobom zainteresowanym. Są dokumenty, do których Polska prawdopodobnie powinna się zastosować albo przynajmniej przymierzyć. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Jeszcze pan z prawej strony jako ostatni głos z sali i będę zamykać posiedzenie Komisji.

Członek Zarządu Głównego Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska Maciej Krawczyk:

Postaram się mówić krótko. Dzień dobry. Maciej Krawczyk Zarząd Główny Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Proszę państwa, rehabilitacja w Polsce od kilkudziesięciu lat, niestety, jest mętną wodą i zbyt często używamy sformułowania rehabilitacja. Wielu ludziom dobrze żyje się z rehabilitacji w Polsce, niestety. Chciałbym powiedzieć, że oczywiście jest rehabilitacja, ale powinniśmy mówić przede wszystkim o konkretnych procedurach rehabilitacyjnych. I tak, jak koledzy tutaj wspomnieli, z 216 procedur rehabilitacji medycznej 211 stanowią procedury fizjoterapeutyczne. Chciałem o tym tylko wspomnieć. Zgadzam się oczywiście z wieloma przedmówcami. Chcę powiedzieć, że usługi fizjoterapeutyczne są usługami komplementarnymi do usługi lekarskiej, komplementarnymi, bo to nie jest ta sama usługa. Pomijając oczywiście fakt i abstrahując od tego, że fizjoterapeuci brytyjscy dwa lata temu uzyskali od parlamentu prawo do zlecania kilku grup leków.

W tej chwili chciałbym tylko skierować trzy uwagi do pana dyrektora PFRON, ponieważ spokojnie sobie siedzi. Nie, już poszedł, niestety. Proszę państwa, w Polsce od trzydziestu lat przestała istnieć rehabilitacja społeczna i zawodowa. Jej po prostu nie ma. Jeden z dyrektorów PFRON powiedział, że turnusy rehabilitacyjne to jest rehabilitacja społeczna. To nie jest rehabilitacja społeczna. Naprawdę PFRON powinien wydać trochę środków z naszych wspólnych pieniędzy i wysłać swoich ludzi do Szwecji, Finlandii, Niemiec, żeby zobaczyli, na czym polega rehabilitacja społeczna. Przecież pacjenci, którzy są wysyłani na turnusy rehabilitacyjne, przebywają z innymi niepełnosprawnymi. Nam, tak naprawdę, zależy na przywróceniu tych ludzi do pracy, na integracji z ludźmi zdrowymi, a nie na przebywaniu na turnusach rehabilitacyjnych. Na dodatek skuteczność turnusów rehabilitacyjnych, na które PFRON wydaje około 0,5 mld zł rocznie, jeżeli nie więcej, w ogóle nie jest mierzona. To znaczy, że nie wiadomo, czy pacjent, który wyjeżdża na turnus rehabilitacyjny, w ogóle coś zyskał dzięki temu. Niestety, muszę to odnieść także do leczenia w oddziałach rehabilitacji i w ogóle całej rehabilitacji w Polsce.

Proszę państwa, skierowanie na rehabilitację. Niestety, w większości ambulatoriów rehabilitacyjnych w Polsce (ponad 90%) jest tylko jedna usługa. Tam jest fizjoterapia. Dlaczego to nazywa się poradnią rehabilitacyjną? Przecież to powinna być poradnia fizjoterapii. Nie oszukujmy się. Kiedy jest rehabilitacja, to jest rehabilitacja. Kiedy jest oddział dziennej rehabilitacji, gdzie zatrudniamy neuropsychologa, logopedę i terapeutę zajęciowego, to niech to nazywa się rehabilitacją. Przecież we Francji i Wielkiej Brytanii nie ma ambulatoriów rehabilitacyjnych. Są, na przykład, ambulatoria fizjoterapii, są poradnie psychologiczne itd. Zresztą, poradnie psychologiczne w Polsce już są.

Trzecia sprawa. Panie wiceministrze, chciałbym zapytać ministra zdrowia, dlaczego minister nauki i szkolnictwa wyższego wstrzymał projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Czy mógłby pan powiedzieć?

I ostatnia rzecz, o którą chciałbym zapytać panią prof. Księżopolską-Orłowską. W zeszłym tygodniu w Sejmie odbyło się posiedzenie Komisji Zdrowia, której tematem była informacja Ministra Zdrowia na temat profilaktyki i zapobiegania udarom mózgu – nowoczesne leczenie i rehabilitacja chorych po udarze mózgu. Abstrahując od tego, że rehabilitacja jest integralną częścią leczenia, więc niefortunna była nazwa tej informacji ministra, chciałbym podnieść, że według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, wydatki ponoszone przez NFZ na rehabilitację medyczną pacjentów po udarze mózgu wynoszą 30-40% wszystkich pieniędzy poświęconych rehabilitacji medycznej w Polsce, czyli minimum 1/3 pieniędzy jest przeznaczana na rehabilitację chorych po udarze mózgu. Pani profesor, czy jako konsultant krajowy do spraw rehabilitacji medycznej była pani na tym posiedzeniu Komisji w zeszłym tygodniu? Właśnie pytam, bo mam wrażenie, że pani profesor jest na tych posiedzeniach Komisji, które służą podtrzymywaniu przewodniej roli lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w zespole rehabilitacyjnym, tam, gdzie na ten temat się mówi, a nie na temat 1/3 wszystkich pieniędzy. Ja nie zauważyłem tego w stenogramie – a bardzo dokładnie go przeczytałem – i z uwag moich kolegów fizjoterapeutów z Fundacji Udaru Mózgu i Stowarzyszenia Udarowcy – Liczy się Wsparcie, żeby pani była na tym posiedzeniu Komisji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł. Czy tak?

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Ja tylko na chwileczkę. Chciałabym panu powiedzieć, że nie może pan mieć pretensji do pani profesor, dlatego że to prezydium Komisji zaprasza gości. Pani profesor jest na posiedzeniu wtedy, kiedy zostaje zaproszona, myślę więc, że to uwaga chybiona.

Członek ZG SFP Maciej Krawczyk:

My się wprosiliśmy tutaj dzisiaj...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Może przerwę tę dyskusję, bo troszeczkę poszliśmy nie w tę stronę, żebyśmy się przekonywali, kto miał być, a kto nie.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Nie ma co mieć pretensji do kogoś, kto nie jest organizatorem.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, pani poseł.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Jeszcze jedno zdanie. Panie doktorze, wszyscy rozumiemy – zwracam się do pana doktora z Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji – że fizjoterapeuta, to inny zawód medyczny, tak jak farmaceuta, też nie przepisuje leków, ale ma swoją podmiotowość. W związku z tym myślę, że oczywiście jest jakieś pole do rywalizacji, ale jest też ogromne pole do porozumienia, bo tylko razem... Fizjoterapeuta wykonuje to, co zleci lekarz rehabilitant. Prosta zasada. Jeśli z tej zasady się wyjdzie, to można wszystko poukładać tak, żeby rzeczywiście dobrze uczynić dla pacjentów.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Wiesław Rycerski:

My pracujemy...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Nie udzieliłam panu głosu. Przepraszam bardzo, ja prowadzę posiedzenie Komisji.

Zakończyłam w tym momencie dyskusję. Pozwolę sobie ją podsumować kilkoma zdaniami. Otóż, chcę państwu powiedzieć, że naszym dzisiejszym tematem było rozpatrzenie informacji, a więc pozyskanie tej informacji. Myślę, że każda strona, która chciała tutaj przedstawić swoją rację, mogła to zrobić. My, posłowie, też mamy swoje wyrobione zdanie. Natomiast chcę powiedzieć, że przysłuchiwałam się bardzo uważnie całej dyskusji i przyznam, że to pole do dyskusji jest bardzo wąskie, proszę państwa. Chyba rzeczywiście za mało jest takich dyskusji między wami, specjalistami, osobami, które pracują w zawodzie, które mają doświadczenie. To wy, przede wszystkim, powinniście między sobą dyskutować, a nie przenosić tego na pole polityków, bo my na to wszystko patrzymy z jeszcze innego punku widzenia. A z jakiego, to zaraz powiem.

Otóż, wróciłam z konferencji (w tym samym czasie, w Warszawie, odbywa się dość ciekawa konferencja „Szczyt Zdrowia") – gdzie wiele powiedziano na temat koordynowanej opieki medycznej. I to idealnie się wpisuje w to – temat naszego dzisiejszego posiedzenia Komisji i temat, który tam był przedstawiany – w jaki sposób patrzeć na pacjenta, żeby uzyskać jak najlepszy efekt. W państwa wypowiedziach, niestety, z wielkim bólem zauważam jedną rzecz. Mówią państwo o świadczeniach, o procedurach. Nikt z państwa nie powiedział o efekcie. Zatem, moje pytanie do pana prezesa jest takie. Jesteśmy w trakcie kontraktowania rehabilitacji. Po pierwsze, czy mają państwo – zwracam się też do pana ministra – jakąś strategię na przyszłość, bo społeczeństwo się starzeje i będziemy tych usług potrzebować więcej. Jak planujecie zwiększenie dostępności? Na finansowanie czego nas jako państwo będzie stać, a na finansowanie czego nie będzie nas stać?

I konkretne pytanie do pana prezesa. Czy robili państwo analizy efektywności środków wydawanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na rehabilitację, i co z tego wynika? Czy może trzeba rozwijać bardziej specjalistycznie, czy powoływać centra? Takiej analizy my, posłowie, właśnie oczekujemy. Bardzo proszę, panie ministrze, w kilku zdaniach odnieść się do dyskusji, a co nie zostanie dzisiaj wypowiedziane, proszę przesłać do Komisji w formie papierowej.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, z całą mocą chciałbym podkreślić, że koordynatorem szeroko pojętej rehabilitacji jest lekarz rehabilitant lub inny lekarz specjalista. Natomiast, częścią rehabilitacji jest fizjoterapia. I od tego powinniśmy zacząć dyskusję.

Było wiele pytań, co z ustawą o zawodzie fizjoterapeuty. Chciałbym powiedzieć, że Polskie Towarzystwo Rehabilitacji i Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska złożyły projekt ustawy o wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty, a także innych zawodów medycznych współpracujących z zawodem fizjoterapeuty. Ten wstępny projekt został złożony w listopadzie 2013 r. Zwróciliśmy się jako Ministerstwo Zdrowia do Zespołu ds. Programowania Prac Rządu o wpisanie tej ustawy do programu prac rządu. W grudniu 2013 r., a dokładnie 19 grudnia, wpłynęło pismo z Zespołu ds. Programowania Prac Rządu przekazujące wiele uwag do tego projektu, z prośbą o dopracowanie ostatecznej wersji tekstu regulacyjnego. Obecna dyskusja pokazuje, że wymaga to dokładnego przemyślenia i dużej regulacji. Czyli, jeżeli mówimy o tym zawodzie, to musimy również mieć na uwadze lekarza rehabilitanta jako koordynatora. Dlatego projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty został przekazany do konsultacji. I na pewno państwo jako zespół fizjoterapeutów, ale też rehabilitantów oraz lekarzy, będą ten projekt konsultować, dlatego że musimy to zgłosić w formie założeń do projektu do Zespołu ds. Programowania Prac Rządu. To jest na takim etapie.

Natomiast jeżeli chodzi o sprawę rehabilitacji kardiologicznej, którą podnosiła pani poseł Okrągły, to chciałbym, żeby udzieliła odpowiedzi pani profesor, dlatego że jeśli chodzi o rozporządzenie koszykowe, idziemy w tym kierunku, o którym mówiła pani

poseł. Dzisiejsza dyskusja i to, co powiedziała pani przewodnicząca, wykazały, że w tym zakresie potrzebne jest – co mówiła pani poseł Radziszewska – dogadanie się i stworzenie jednej dobrej ustawy, która pogodzi wszystkie strony w interesie pacjenta.

Jeśli chodzi o kształcenie, to obecnie w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego trwa procedura systemu regulacyjnego kształcenia nie tylko w zawodzie fizjoterapeuty, ale i w innych zawodach, oprócz zawodu pielęgniarki i lekarza. Trwa proces deregulacji tych zawodów. Liczę więc na współpracę z państwem, żeby opracować dobry projekt ustawy, który możemy przedstawić do prac rządu, bo obecny, to typowy projekt wynikający z prac Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii i Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pani profesor, proszę bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej Krystyna Księżopolska-Orłowska:

Ja króciutko. Proszę państwa, w tej chwili jest w opracowywaniu nowe rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych, gdzie będą zlikwidowane wszystkie rygory osobowe w sensie liczebności. Mam nadzieję – bo tak mam obiecane – że na początku lipca będzie to wysłane do nas do szerszych konsultacji. Sama jestem ciekawa, jakie propozycje ma ministerstwo.

Chciałabym powiedzieć jeszcze jedno. Chcę to z całą mocą podkreślić, a państwo wielokrotnie zwracali na to uwagę, że społeczeństwo polskie dorosło do tego, żeby na rehabilitację nie przeznaczać 3% wszystkich pieniędzy przeznaczonych na leczenie ludzi, bo w rehabilitacji – jak tutaj słyszeliśmy te niepotrzebne animozje – każdy z nas, czy fizjoterapeuta czy lekarz, ma coś swojego do pracy. Mnie się zdaje, że rozdźwięk wynika również z tego, że kołdra jest bardzo krótka i nie ma jak tego dzielić. To trzeba wziąć pod uwagę. Nie można mieć pretensji personalnych czy do ministra, czy do NFZ, bo państwo też o tym decydują głosując w Sejmie, że za mało jest na to, żeby polska rehabilitacja zabezpieczyła ludzi przed niesamodzielnością, bo to jest gorsze niż niepełnosprawność – tylko pomoc osób trzecich, brak możliwości pracy. Przepraszam, że komentuję. Pracuję wśród pacjentów z przewlekłą chorobą reumatyczną – reumatoidalnym zapaleniem stawów – która zawsze nieuchronnie prowadzi do ciężkiego kalectwa. Czy wiecie, co dla nich jest problemem? Nie ten ból, którego stale doznają, nie te powykrzywiane ręce, którymi nie mogą sobie nosa wytrzeć, tylko to, że nie mogą pracować, nie są użyteczni i nawet do higieny intymnej potrzebują pomocy osób drugich. I na tym chciałabym skończyć. Patrzmy na pacjenta, bo my jesteśmy po to, żeby tym ludziom umożliwić... Nie oni są dla nas, tylko my dla nich, a mnie się często zdaje, że wiele osób o tym zapomina. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. To jest właśnie to, co ja powiedziałam, że brakuje nam efektywności systemu. Na ten temat powinniśmy chyba dyskutować, w jaki sposób oceniać i wypracować efektywność włożonych środków. To, czy jest ich dużo, czy mało, nie będę tutaj oceniać. To państwo są od tego, żeby ocenić, ile tych środków ma być w systemie, ale to, że są rozdrobnione, to jest kolejny etap.

Pan prezes. Bardzo proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:

Szanowni państwo, na początek uwagi ogólne, takie, że wszyscy rozmówcy mają rację, ale mają tylko swoje racje. Natomiast zasady ogólne, które tu zostały sformułowane, są dwie. Zasada i problem kolejności, który zgłosiła pani poseł Radziszewska, że środków na rehabilitację w Polsce jest bardzo dużo, tylko że są one rozproszone. Pretensje czy oczekiwania od ministra zdrowia czy prezesa Funduszu mogą dotyczyć tylko rehabilitacji leczniczej, a nie całości rehabilitacji, bo medycyna jest kompleksowa i komplementarna, i taka powinna być. Druga uwaga natury ogólnej, odnośnie do tych wypowiedzi, które dzisiaj usłyszałem. Podsumowała to pani przewodnicząca – chyba rzeczywiście potrzebny jest „okrągły stół", żeby wszyscy państwo się dogadali i pomogli płatnikowi,

który – jak słusznie pani poseł Hrynkiewicz powiedziała – jest księgowym. Bo nie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia tworzy prawo. Prezes i NFZ opierają się na ustawach tworzonych w tym gmachu, na rozporządzeniach tworzonych w innych gmachach i na zarządzeniach, które wynikają...

Jak powiedziała pani prof. Księżopolska odnośnie do obowiązujących wymagań dotyczących personelu – proszę bardzo, trzeba zmienić rozporządzenie. I pani profesor nad tym pracuje. A że one są wysokie – takie jest prawo i Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest tym księgowym, ma tak dysponować powierzonymi pieniędzmi publicznymi, które pochodzą z naszych składek – wszystkich nas tu obecnych – a których wielkość jest ograniczona wysokością 9% składki – żeby się zgadzało. Po stronie przychodów i kosztów – jak wiecie – plan finansowy NFZ musi się bilansować.

A odpowiadając na pytanie ogólne, tak, rehabilitacja w ubiegłym roku, i na ten rok, była jednym z priorytetów NFZ, dlatego że – jak państwo zauważyli, o czym ja mówiłem i co jest w materiale – wysokość środków przeznaczonych na rehabilitację leczniczą wzrosła rok do roku od roku 2013 o 18%, podczas gdy na wszystkie pozostałe rodzaje świadczeń wzrosła tylko o 1,8%.

Wymagania, jakie są w czasie konkursów – bo były pytania o konkursy. Tak, odbywają się konkursy, zgodnie z prawem zapisanym w ustawie, w rozporządzeniach i zarządzeniach prezesa. O Śląsku nie będę mówić, dlatego, że te postępowania trwają. Myślę, że można będzie mówić, kiedy postępowania konkursowe się skończą, bowiem postępowania te przeprowadzają komisje, na które nie ma nacisku, bo komisje konkursowe postępują zgodnie z tym, co jest zapisane w odpowiednich aktach prawnych.

Odpowiadam jeszcze na pytanie pani przewodniczącej Małeckiej-Libery. Tak, analizujemy. Nie możemy w całości, ale od czegoś trzeba było zacząć. Zaczęliśmy od rehabilitacji kardiologicznej, bowiem środki przeznaczone na kardiologię w ogóle, a szczególnie na kardiologię inwazyjną, w ostatnich latach znacznie wzrosły. Jednak niepokojący był dalszy los pacjentów, tych, którzy zostali uratowani w zdarzeniach nagłych. Chodziło o dalszy etap – brak rehabilitacji. W związku z tym w rehabilitacji kardiologicznej rok do roku przeznaczyliśmy o 140% środków więcej, po to, żeby pacjent kardiologiczny był lepiej zabezpieczony, tak, żeby przeżywalność po zabiegach inwazyjnych nie wynosiła rok czy dwa.

Niedawno na Zamku Królewskim – jak mówiła pani przewodnicząca Małecka – było spotkanie poświęcone kardiologii i rehabilitacji kardiologicznej, bo my skupiamy się na tym ostatnim elemencie – zespołach wieńcowych, zawałach i rehabilitacji post. Tam było poruszone to, że profilaktyka, prewencja zdrowia, ruch – to jest profilaktyka, najtańsze co można zastosować. Jednak, niestety, nie jest w gestii Narodowego Funduszu Zdrowia finansowanie tego typu zachowań. To wymaga zmiany świadomości ludzi, o czym wiemy na podstawie przeżywalności osób w innych społeczeństwach. W społeczeństwie niemieckim, u naszych bliskich sąsiadów, tam, gdzie jest świadomość ruchu, w piramidzie prewencji zdrowia zachowania te stanowią ponad 50%, a nie medycyna naprawcza. To jest środek do tego, żeby społeczeństwo było i zdrowsze, i tańsze w leczeniu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie prezesie, nie zgodzę się z jedną sprawą. Mianowicie, powiedział pan, że takie jest prawo i w obrębie takiego prawa państwo się poruszają, co jest prawdą z punktu widzenia pana. Natomiast jesteśmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia i po to tu siedzimy i wszystkich państwa słuchamy, żeby ewentualnie to prawo zmieniać. Czy ono jest idealne? Nie jest. Dlatego też tych kilka godzin poświęciliśmy m.in. rehabilitacji. Nakłady rzeczywiście wzrastają. Wszyscy o tym wiemy. Nie tylko w dziale rehabilitacji, ale i w wielu innych, natomiast naszym problemem jest to, że nie przekłada się to na dostępność i na satysfakcję pacjenta. I to jest nasze wyzwanie.

Pan poseł Miller jako ostatnia osoba, którą dopuszczam do głosu, i będziemy zamykać posiedzenie Komisji. Proszę bardzo, panie pośle.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Z przykrością stwierdzam, że nie dostałem odpowiedzi na zasadnicze pytania. Nie wiem, czy państwo specjalnie nie odpowiadają, a jeżeli nie, to może odpowiedzą na piśmie.

Proszę państwa, nie możemy ciągle słyszeć, że następne 7 miesięcy będziemy czekać na konsultacje społeczne. Ja byłem w sierpniu ubiegłego roku w sprawie ustawy o fizjoterapii i ciągle słyszymy to samo. Przypuszczam, że skończę swoją kadencję i nadal będziemy konsultować.

Myślę jednak o poważniejszej sprawie. Nie podważam tego, żeby lekarze rehabilitanci mieli swoje miejsce, ale, jeżeli ktoś opracowuje koszyk potrzeb, proszę państwa, to musi to zrobić tak, żeby nie tracić pieniędzy społecznych. Jeżeli więc jest 2000 rehabilitantów, to trzeba liczbę łóżek w szpitalach podzielić przez 2000 rehabilitantów, a nie przypisywać jednego rehabilitanta do dwudziestu łóżek. Proszę powiedzieć, czy koszyk wymaga pełnego zatrudnienia lekarza rehabilitanta. Ja wiem, że tak. Proszę więc powiedzieć, kto zajmuje te 2000 etatów, które są wymagane i czy faktycznie te osoby pracują 8 godzin dziennie, bo z tego, co wiem, to są fikcyjne zatrudnienia. To są takie zatrudnienia, że lekarze rehabilitanci przyjeżdżają dwa razy w miesiącu, tylko żeby skonsultować, biorą pełną płacę, a dyrektorzy placówek mają problemy. Jeden etat lekarza rehabilitanta dla szpitala w moim rejonie, to koszt 150 tys. zł brutto rocznie, proszę państwa. Jeśli przeliczymy to przez 2000 niepotrzebnych etatów, to jest to 300 mln zł rocznie, które by mogły iść na rehabilitację pacjentów. Znowu słyszę, że pani profesor będzie opracowywać koszyk. Nie ma się co zastanawiać nad koszykiem, proszę państwa, tylko trzeba dopasować liczbę zatrudnionych lekarzy rehabilitantów do ich liczby w kraju, a nie do liczby łóżek, bo jest to praca fikcyjna. Wszyscy to widzą. Jeszcze powiem o jednym, proszę państwa. Nie podważam państwa roli, ale stwarzanie możliwości i „pchanie” lekarzy, czyli następne 4000 rehabilitantów w sytuacji, kiedy w tym kraju nie mamy lekarzy onkologów, diabetologów, pediatrów i generalnie mamy za mało lekarzy, a mamy kilka tysięcy bezrobotnych magistrów fizjoterapii, których można by wykorzystać na tych stanowiskach do czasu racjonalnego wykorzystania lekarzy rehabilitacji... Tego, co państwo chcą zrobić, nie da się zrobić w jeden dzień. Nie da się w tym kraju jednego dnia wprowadzić tego systemu, który opracowują państwo w Meksyku, bo ponosimy konkretne koszty społeczne. Tracą na tym pacjenci. I naprawdę, jeżeli będziemy czekać następne miesiące, to nie poprawimy sytuacji ani szpitali rehabilitacyjnych, ani pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Panie ministrze, bardzo proszę, żebyśmy na te pytania, na które posłowie nie uzyskali odpowiedzi, otrzymali odpowiedzi w formie pisemnej. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.